Maria Aparecida Araújo Figueiredo
Gilvânia Patrícia Nascimento Paixão
Organizadoras

Recortes do cotidiano do SUS

análises, reflexões e contribuições de um mestrado profissional

EDUFBA

Recortes do cotidiano do SUS: análises, reflexões e contribuições de um mestrado profissional

Maria Aparecida Araújo Figueiredo
Gilvânia Patrícia Nascimento Paixão
(orgs.)

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

FIGUEIREDO, M. A. A., and PAIXÃO, G. P. N., eds. *Recortes do cotidiano do SUS*: análises, reflexões e contribuições de um mestrado profissional [online]. Salvador: EDUFBA, 2024, 231 p. ISBN: 978-65-5630-898-2. https://doi.org/10.7476/9786556308982.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International license.

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribição 4.0.

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimento 4.0.

Recortes do cotidiano do SUS

análises, reflexões e contribuições
de um mestrado profissional

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

Reitor
Paulo Cesar Miguez de Oliveira

Vice-reitor
Penildon Silva Filho

EDITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

Diretora
Susane Santos Barros

Conselho Editorial

Titulares
Angelo Szaniecki Perret Serpa
Caiuby Alves da Costa
Cleise Furtado Mendes
Evelina de Carvalho Sá Hoisel
George Mascarenhas de Oliveira
Mônica de Oliveira Nunes de Torrenté
Mônica Neves Aguiar da Silva

Suplentes
José Amarante Santos Sobrinho
Paola Berenstein Jacques
Rafael Moreira Siqueira
Lorene Pinto
Lúcia Matos
Lynn Alves

Apoio:
Mestrado Profissional em Saúde Coletiva (Mepisco/UNEB)
Proap/Capes

Maria Aparecida Araújo Figueiredo
Gilvânia Patrícia Nascimento Paixão
Organizadoras

Recortes do cotidiano do SUS

análises, reflexões e contribuições de um mestrado profissional

Salvador
Edufba
2024

2024, autores.

Direitos para esta edição cedidos à Edufba. Feito o Depósito Legal.
Grafia atualizada conforme o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa de 1990,
em vigor no Brasil desde 2009.

Coordenação editorial
Cristovão Mascarenhas

Capa e projeto gráfico
Rodrigo Oyarzábal Schlabitz

Coordenação gráfica
Edson Nascimento Sales

Revisão
Laíse Emília de Matos Barbosa

Coordenação de produção
Gabriela Nascimento

Normalização
Equipe Edufba

Assistente editorial
Bianca Rodrigues de Oliveira

Imagem da capa
Freepik.com

Sistema Universitário de Bibliotecas - SIBI/UFBA

Recortes do cotidiano do SUS : análises, reflexões e contribuições de um mestrado profissional / Maria Aparecida Araújo Figueiredo, Gilvânia Patrícia Nascimento Paixão, organizadoras. – Salvador : EDUFBA, 2024.
231 p.

ISBN: 978-65-5630-648-3

1. Sistema Único de Saúde (Brasil). 2. Acesso aos serviços de saúde - Brasil. 3. Saúde pública – Brasil. 4. Saúde pública – Pesquisa. I. Figueiredo, Maria Aparecida Araújo. II. Paixão, Gilvânia Patrícia Nascimento. III. Título.

CDU: 614.39 (81)

Elaborada por Tatiane de Jesus Ribeiro CRB-5: BA-001594/O

Editora afiliada à

ASOCIACION DE EDITORIALES UNIVERSITARIAS DE AMERICA LATINA Y EL CARIBE

Associação Brasileira das Editoras Universitárias

Editora da UFBA
Rua Barão de Jeremoabo, s/n – *Campus* de Ondina
40170-115 – Salvador, Bahia / Tel.: +55 71 3283-6164
www.edufba.ufba.br / edufba@ufba.br

SUMÁRIO

PARTE I – Análises e reflexões de cenas do cotidiano do SUS: contribuições do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade do Estado da Bahia

CAPÍTULO 1

11 **Tecendo os caminhos da integração ensino-serviço-comunidade no contexto da atenção primária no Brasil:** revisão sistemática

VERÔNICA RITA PINA VIEIRA
SILVANA LIMA VIEIRA
MAGNO CONCEIÇÃO DAS MERCÊS
LILIANA SANTOS

CAPÍTULO 2

43 **Atenção ambulatorial especializada no SUS:** o fenômeno da ampliação da rede de serviços por meio das Policlínicas Regionais de Saúde na Bahia

JULIETE SALES MARTINS
THADEU BORGES SOUZA SANTOS
SILVANA LIMA VIEIRA
ISABELA CARDOSO DE MATOS PINTO

CAPÍTULO 3

59 **Um olhar sobre o familiar cuidador do paciente com transtorno mental grave**

LEÍZA NAZARETH TORRES LISBOA
RUDVAL SOUZA DA SILVA

CAPÍTULO 4

73 **Vulnerabilidade das pessoas em situação de rua:** especificidades na produção do cuidado em saúde

PAULA SOUSA CALDAS
RAFAEL COELHO RODRIGUES
RUDVAL SOUZA DA SILVA
SILVANA LIMA VIEIRA

CAPÍTULO 5

93 **Normativas dos Programas Integrados de Residências em Saúde em tempos de pandemia pela covid-19**

MARIANA NASCIMENTO DE CARVALHO BORGES
SILVANA LIMA VIEIRA
THADEU BORGES SOUZA SANTOS

CAPÍTULO 6

111 **A ótica da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde e o modelo biopsicossocial**

DENISE VASCONCELOS FERNANDES
MÁRCIO COSTA DE SOUZA
JORGE LOPES CAVALCANTE NETO

CAPÍTULO 7

121 **Fatores intervenientes à notificação de potencial doador de córneas na perspectiva da equipe multiprofissional de terapia intensiva**

MINEIA PEREIRA DA HORA
SILVANA LIMA VIEIRA
THADEU BORGES SOUZA SANTOS
MAGNO CONCEIÇÃO DAS MERCÊS

CAPÍTULO 8

143 **Tratamento oncológico em tempo inoportuno em mulheres diagnosticadas com câncer de colo do útero:** um olhar sobre as macrorregiões do estado da Bahia

DÂNDARA SANTOS SILVA
MÔNICA CONCEIÇÃO PINTO
MARIA APARECIDA ARAÚJO FIGUEIREDO

PARTE II – Intervindo para qualificar: produtos técnicos do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade do Estado da Bahia para o SUS

CAPÍTULO 9

157 **Protocolo interativo como ferramenta para manejo da sífilis em gestantes e qualificação do pré-natal:** um produto tecnológico do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva para o SUS

FERNANDA NASSIFF NEVES CARNEIRO
GILVÂNIA PATRÍCIA DO NASCIMENTO PAIXÃO

CAPÍTULO 10

175 **Roda de conversa em saúde mental:** uma proposta de qualificação do processo de passagem dos adolescentes e adultos jovens com transtorno do espectro autista na Rede de Atenção Psicossocial de Salvador

TALITA LUANA DOS SANTOS SILVA
SANDRA ASSIS BRASIL
VLADIMIR ANDREI RODRIGUES ARCE

CAPÍTULO 11

185 **Doença de Chagas:** relato sobre a construção de um material educativo

CRISTIANE MEDEIROS MORAES DE CARVALHO
MARIA APARECIDA ARAÚJO FIGUEIREDO

CAPÍTULO 12

195 **Regulação de preços de medicamentos no Brasil:** desafios e reflexões durante elaboração de uma cartilha destinada a gestores do SUS

NEEMIAS SANTANA DA CONCEIÇÃO OLIVEIRA
PATRÍCIA SODRÉ ARAÚJO

CAPÍTULO 13

209 **Qualificando o apoio institucional na gestão estadual da atenção básica:** a experiência de construção de um boletim informativo em uma macrorregião da Bahia

DIEGO RANGEL DOS ANJOS PRATA
MARCOS VINÍCIUS RIBEIRO DE ARAÚJO
VLADIMIR ANDREI RODRIGUES ARCE

CAPÍTULO 14

217 **Projeto Desatando Nós:** uma proposta de prática itinerante para o fortalecimento do cuidado no território

ANNA CAROLINA ALVES MACHADO
MARCOS VINÍCIUS RIBEIRO DE ARAÚJO
VLADIMIR ANDREI RODRIGUES ARCE

227 **Sobre os autores**

PARTE I

Análises e reflexões de cenas do cotidiano do SUS

contribuições do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade do Estado da Bahia

CAPÍTULO 1

Tecendo os caminhos da integração ensino-serviço-comunidade no contexto da atenção primária no Brasil

revisão sistemática

VERÔNICA RITA PINA VIEIRA
SILVANA LIMA VIEIRA
MAGNO CONCEIÇÃO DAS MERCÊS
LILIANA SANTOS

Introdução

Compreender as distintas conexões que se entrelaçam no desenvolvimento da integração ensino-serviço no Sistema Único de Saúde (SUS) requer um exame minucioso na lógica organizativa desse processo, nos pontos de convergências e, sobretudo, na efetividade dessa relação.

Em prol de avanços na relação integração ensino-serviço, no Brasil, nos últimos anos tanto o sistema formal de educação como a gestão do SUS somam esforços para induzir políticas educacionais e de saúde para atender as especificidades da formação à luz das necessidades dos serviços. Nesse sentido, a integração ensino-serviço se configura como elemento colaborador na formação acadêmica, na motivação e aperfeiçoamento do profissional da rede e na qualidade das ações prestadas à comunidade.

Nessa direção, a Política Nacional de Atenção Básica, aprovada pela Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, reforça que a integração ensino-serviço beneficia a atenção básica, as instituições de ensino e pesquisa, os trabalhadores, os docentes e discentes e, acima de tudo, a população, com profissionais de saúde mais qualificados para a atuação e com a produção de conhecimento na atenção básica.

A integração ensino-serviço revela-se como a realização de um trabalho coletivo, pactuado entre estudantes e docentes com os profissionais e gestores do SUS, a fim de atingir a qualidade da formação e da assistência, considerando a complexidade do SUS no processo de formação dos profissionais (Khalaf *et al.*, 2019).

Corroborando essa percepção, vem sendo levantado entre atores estratégicos da gestão da educação e da atenção primária da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador (SMS) interesse em estruturar no âmbito do município um modelo teórico-prático que contemple a integração ensino-serviço no contexto da atenção primaria à saúde (APS) de forma que estas se constituam em espaços políticos-pedagógicos voltados para atenção à saúde, ensino, pesquisa e preceptoria para estudantes de nível técnico, superior, graduação, pós-graduação modalidade *lato* e *stricto sensu*, aperfeiçoamento de servidores e o desenvolvimento de inovação tecnológica e científica, de acordo com regulamentação específica a ser pactuada entre os atores envolvidos.

Entre os desafios usualmente enfrentados pelo Núcleo de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (Nugetes) da SMS de Salvador, os mais frequentes, extraídos de relatórios de avaliação e desempenho, demonstram o descompasso entre as necessidades do serviço e da academia, como por exemplo: descontinuidade da participação dos estudantes nas atividades programadas pelas unidades de saúde e demais setores, em virtude de calendários acadêmicos diversos que são organizados na lógica dos semestres, subtraindo a inserção desses alunos em parte das atividades de intervenção programadas pelas unidades e setores; distanciamento entre a teoria e a prática refletindo na baixa implicação dos estudantes com o SUS, cuja percepção da realidade dos territórios fica fragmentada; ausência de interlocução entre Instituição de Ensino Superior (IES) e Controle Social com vistas à instituição de projetos colaborativos e geradores de mudanças (Bahia, 2018); aumento de demanda por espaços formativos nos serviços em virtude da ampliação do número de instituições e de cursos da área

da saúde que formalizaram convênio com a SMS, nos últimos três anos, o que resulta em queixas recorrentes dos gerentes das unidades quanto à superlotação de estudantes nos campos; desestímulo dos profissionais em atuar de forma integrada com as IES; inexistência de projetos permanentes para formação de preceptores no serviço.

Verifica-se, portanto, a necessidade de mobilização para avançar em questões estruturais e conjunturais cujo interesse de resolução é compartilhado, na medida em que a SMS tem buscado viabilizar e ampliar o aperfeiçoamento dos seus quadros, bem como das IES, em atuarem com seus estudantes em espaços organizados e que acolham as demandas acadêmicas integradas ao funcionamento regular das unidades de saúde.

Diante desse cenário, tem-se a questão de pesquisa: como se caracteriza a produção científica que aborda a integração ensino-serviço-comunidade no contexto da atenção primária à saúde no Brasil?

Objetivo

Analisar a produção científica sobre integração ensino-serviço-comunidade no contexto da atenção primária no Brasil.

Método

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica sistemática qualitativa, compreendida a partir de Lopes e Fracolli (2008) como uma síntese de estudos primários que contém objetivos, materiais e métodos claramente explicitados e que foi conduzida de acordo com uma metodologia clara e reprodutível. Os passos para a realização desta revisão sistemática foram guiados pelo *Cochrane handbook*, produzido pela Colaboração Cochrane (Higgins *et al*., 2020).

1º Passo: **formulação da pergunta.** A pergunta foi elaborada tendo em vista uma busca ampla de produções científicas para clarificar questões relevantes relacionadas à integração ensino-serviço no contexto da atenção primária no Brasil, cujos resultados e análises possam subsidiar a formulação de políticas públicas com propostas de intervenção na gestão da educação e do trabalho na SMS de Salvador.

2º Passo: localização e seleção dos estudos. A pesquisa foi realizada nas bases de dados em duas datas diferentes (30 de abril e 4 de maio de 2020), utilizando-se booleanos "*or e and*," nos descritores, com período de publicação entre 1970 e 2020. Esse critério foi adicionado à busca uma vez que publicações e legislações desse período são relevantes para o estudo do tema. Com esses parâmetros, foram encontrados 703 artigos científicos relacionados diretamente aos descritores pesquisados. Esses resultados foram exportados para plataforma do gerenciador de arquivos Mendeley™ que automaticamente passou o filtro e excluiu 260 artigos duplicados. Após o filtro do gerenciador de arquivos, foi realizado o rastreamento nos 443 artigos do acervo restante, utilizando-se como critério de seleção para inclusão e/ou exclusão o tema descrito no título de cada artigo. Destes, 305 foram excluídos, sendo 204 por apresentar títulos com intervenções inadequadas ao tema e outros 101 por não terem relação direita com o objeto do estudo. Dessa forma foram incluídos todos os artigos que continham as expressões "integração ensino-serviço, integração e/ou serviço docente assistencial na atenção primaria à saúde no Brasil", respectivamente na descrição do título, perfazendo um total de 138 artigos (Quadro 1).

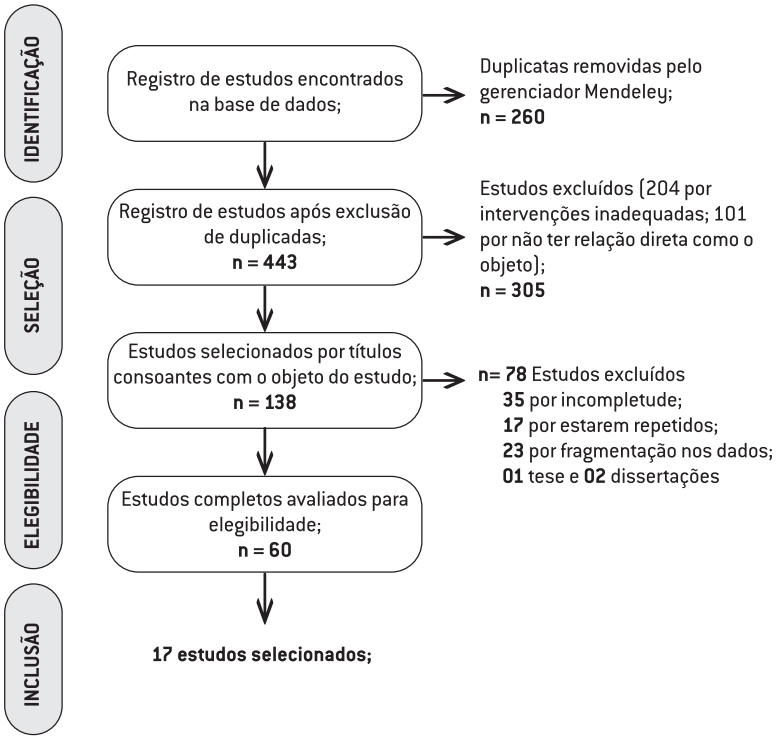
Quadro 1 – Estratégia de busca por base de dados e descritores

LILACS	tw:(serviços de integração docente-assistencial) AND (fulltext:("1") AND mj:("Serviços de Integração Docente-Assistencial") AND la:("pt")) AND (year_cluster:[1970 TO 2020])30/4/2020	118
BVS	tw:([tw:(serviço de integração docente assistencial)) AND (tw:(atenção primária à saúde) 30/4/2020	55
BVS	(tw:(Serviços de Integração Docente-Assistencial)) OR (tw:(Servicios de Integración Docente Asistencial)) OR (tw:(Teaching Care Integration Services)) AND (tw:(Atenção Primária à Saúde)) OR (tw:(Atención Primaria de Salud)) OR (tw:(Primary Health Care)) AND (tw:(Brasil)) OR (tw:(Brazil))data: 04/05/2020	473
SCIELO	Serviços de Integração Docente-Assistencial) OR (Servicios de Integración Docente Asistencial) OR (Teaching Care Integration Services) AND (Atenção Primária à Saúde) OR (Atención Primaria de Salud) OR (Primary Health Care) AND (Brasil) OR (Brazil)data: 04/05/2020	57
	Total encontrado	703
	Total após exportação para Mendeley	443
	Total selecionado por título	138

Fonte: elaborado pelos autores.

Na perspectiva de manter padrões de rigor metodológico, também utilizamos como referência a abordagem recomendada pelo protocolo Principais Itens para Relatar Revisões Sistemáticas e Meta-análises (Prisma). Dos 138 artigos rastreados, 78 foram excluídos considerando: tipo de abordagem metodológica utilizada nas pesquisas, sujeitos do estudo e natureza do artigo. Nessa direção, foram excluídos artigos de revisões sistemática da literatura, estudos internacionais, artigos com incompletude de dados e/ou incompatível com objeto do estudo. A etapa seguinte constituiu-se em analisar os resumos para selecionar dentre 60 estudos que apresentem elementos e evidências consoantes com os objetivos da revisão sistemática. A coleta foi sistematizada em tabelas ordenadas para afinação dos dados dos artigos. Em seguida, foi feita a análise dos resumos dos 60 estudos, sendo selecionados 17 artigos que apresentaram elementos e evidências consoantes com os objetivos da revisão sistemática (Figura 1). A exclusão desse quantitativo expressivo de estudos deu-se por conseguinte aplicação de triagem consoante com o objeto desta pesquisa, bem como da utilização de rigorosos critérios de avaliação da qualidade metodológica desses itens, recomendados pelo Programa de Competências de Avaliação Crítica, do inglês *Critical Appraisal Skills Programme* (CASP). A ferramenta CASP – Checklist da Pesquisa Qualitativa – oferece uma abordagem padronizada para avaliar o rigor dos estudos qualitativos que consiste em 10 questões: duas para a seleção dos estudos e oito para o plano de pesquisa, coleta e análise de dados, ética, reflexividade e implicações da pesquisa qualitativa, a saber: (i) objetivo claro e justificado; (ii) adequação do método; (iii) apresentação dos procedimentos metodológicos; (iv) critérios de seleção da amostra; (v) detalhamento da amostra; (vi) relação pesquisador/pesquisados; (vii) respeito aos aspectos éticos; (viii) rigor na análise dos dados; (ix) propriedade para discutir resultados; (x) contribuições e limitações da pesquisa.

Figura 1 – Fluxograma para o processo sistemático de revisão dos artigos – Prisma



Fonte: elaborada pelos autores.

Resultados e discussão

Os resultados estão apresentados em duas etapas. A primeira apresenta a caracterização dos estudos quanto ao ano, região geográfica, tipo e cenário do estudo, curso e categoria profissional envolvida, avanços e recomendações. Vale ressaltar que os 17 estudos selecionados representam uma amostra de aproximadamente 4% dos estudos extraídos nas bases de dados.

Na segunda etapa, são apresentadas as discussões referendadas nos estudos selecionados, dimensionadas a partir da lógica organizacional dos componentes do quadrilátero da formação em saúde. Optamos, portanto, por extrair e sistematizar os principais achados relacionados a desafios, avanços e recomendações da integração ensino-serviço-comunidade, de forma a destacar a visão dos principais atores e protagonistas desse processo, e comparar semelhanças

e diferenças para embasar a produção de debates no coletivo de modo a qualificar e fortalecer dessa preciosa relação.

Ao sistematizar os estudos selecionados, e considerando a caracterização da produção científica que aborda a integração ensino-serviço no contexto da atenção primária à saúde no Brasil, constatamos uma diversidade e abundância de temas, enfoques e dimensões que tratam dessa temática tão relevante para disparar proposições e amealhar aprendizados nas instâncias acadêmicas e de gestão do SUS.

Quanto ao título e quantitativo correspondente ao ano de publicação

Na eleição dos estudos selecionados, observamos que o quantitativo de artigos se concentrou entre 2014 e 2017. Esse período demarcou a retomada e o desenvolvimento de muitos incentivos a projetos de integração ensino-serviço por parte do Ministério da Saúde (MS), a exemplo do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), cuja implantação deu-se por meio das Portarias GM/MS, nº 421 e nº 422 (Brasil, 2010a, 2010b); dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino Saúde (COAPES)[1] (Brasil, 2015); da criação do Programa Mais Médicos e o expressivo crescimento das escolas médicas em todo território nacional, bem como da Resolução nº 3/2014 do CNE, por meio da adequação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), que enfatiza comprometer ainda mais a formação médica com a consolidação do SUS, interligando o ensino, a pesquisa e a extensão ao serviço e assumindo o desdobramento da formação do graduando em três grandes áreas formativas: atenção à saúde, gestão em saúde e educação em saúde (Brasil, 2015).

O PET-Saúde aparece com destaque da produção científica relacionada ao tema integração ensino-serviço, por ser uma micropolítica instituída em 2008, por meio da Portaria Interministerial MS /Ministério da Educação (MEC), nº 1.802/2008, reeditado pelo MS pelas Portarias n° 421 e n° 422, de 03 de

1 O COAPES é um instrumento destinado ao fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do SUS. A medida integrou as ações previstas para o PMM, para viabilizar as mudanças no ensino da Medicina. E, embora tenha surgido com a Lei nº 12.871/2013, que institui o PMM, as diretrizes do COAPES orientam o processo de contratualização para organizar a integração ensino-serviço e a EPS nos territórios, envolvendo e articulando o conjunto de cursos da área de saúde.

março de 2010, constituindo-se como iniciativa do MS para qualificação dos profissionais da saúde, em conjunto com a formação de estudantes de graduação da área da saúde em ações de práticas estando, portanto, diretamente relacionado ao processo de integração ensino-serviço. O primeiro edital do PET, em 2008, tinha foco na estratégia de saúde da família, inclusive com incentivo financeiro, viabilizando estratégias e logísticas pertinentes à relação gestão, ensino, serviço e comunidade.

Ao analisar as publicações verificamos que os anos de 2009, 2010, 2012, 2013, 2016, 2020 tiveram um estudo por ano, em 2014, 2015, duas publicações; em 2011 três estudos; e no ano de 2017, quatro estudos.

Quanto às características metodológicas dos estudos

Na análise das características metodológicas das publicações selecionadas, percebe-se que a maioria se trata de estudo de caso (41,1%), além dos estudos na modalidade qualitativa (23,5%), sendo estes de campo ou de análise documental. O relato de experiência e o estudo empírico, ambos com 17,6%, expressam a ampla margem de opção por pesquisa de natureza qualitativa. Outro aspecto a destacar é que os estudos não foram realizados com seres humanos, pois tratam de reflexões teóricas, relatos de experiência ou análise documental.

Quanto à região geográfica do estudo

Ao sistematizar as regiões geográficas que sediaram os estudos é perceptível a concentração de estudos nas Regiões Sul (12) e Sudeste (4) e o pequeno número na Região Nordeste (1), com ausência de estudo proveniente das Regiões Centro-Oeste e Norte do país.

As Regiões Sudeste e, principalmente, Sul, têm uma produção mais robusta por concentrarem um quantitativo expressivo de IES da área da saúde, com variados centros de aperfeiçoamento. O inverso ocorreu, portanto, nas Regiões Centro-Oeste e Norte. Na Região Nordeste, observou-se um destaque no estado do Ceará.

Quanto aos cursos de graduação envolvidos

Entre os cursos envolvidos, destacaram-se Enfermagem, Medicina e Odontologia, cada um com 29,4% do total, um resultado esperado, já que estas são

as categorias profissionais predominantes na composição das equipes de saúde da família/atenção primária. Aqueles que abordam outros cursos, perfizeram 11,7% (Tabela 1).

Tabela 1 – Número e percentual de cursos de graduação que produziram os estudos avaliados

Cursos	**Total**	**%**
Odontologia	05	29,4
Medicina	05	29,4
Enfermagem	05	29,4
Multicursos da área da saúde	02	11,7
Total	**17**	**100,0**

Fonte: elaborada pelos autores.

Quanto ao cenário e características dos participantes envolvidos

O cenário predominante dos estudos foi o nível da atenção básica, em unidades com ou sem estratégia de saúde da família. A maioria se desenvolveu no âmbito da gestão municipal, envolvendo gestores, gerentes, coordenadores, docentes, estudantes, profissionais de saúde e usuários.

Quanto às categorias temáticas seguindo o referencial teórico do quadrilátero para formação em saúde (Ceccim; Feuerwerker, 2004)

Nesta etapa, procedemos o refinamento dos estudos, agrupando-os pelas categorias sugeridas por Ceccim e Feuerwerker (2004), a partir da definição de quadrilátero na formação em saúde, a saber: ensino, gestão, atenção e comunidade/controle social.

Nos artigos selecionados podemos constatar que as categorias mais analisadas do quadrilátero foram os componentes ensino e atenção, com 35,2% cada, correspondendo a 70% do total de estudos. A produção relacionada à gestão e controle social, 6% e 3%, respectivamente, representam uma lacuna desse componente no interesse dos pesquisadores.

A análise temática de conteúdo dos estudos foi elencada nas quatro categorias temáticas que constituíram o eixo para apreensão da problemática explorada

nessa metassíntese, decompondo em cada segmento os desafios e os avanços/recomendações na perspectiva de cada ator.

Componente ensino

O componente ensino contemplou estudos que abordavam a integração ensino-serviço sob a perspectiva das universidades e centros acadêmicos de formação de profissionais de saúde e do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. Quanto ao tipo de estudo, dois foram do tipo relato de experiência e quatro estudos descritivos, exploratórios, derivados de pesquisa de campo. Analisando pelo nível de evidência, estes foram classificados no nível 6, visto que são derivados de evidências de estudos descritivos ou qualitativos, segundo Stetler e demais autores (1998). Seguindo a avaliação da qualidade dos estudos, utilizando a ferramenta CASP, consideramos que os estudos selecionados, apesar de representarem um retrato de uma situação particular, têm o rigor e a validade na pesquisa qualitativa, podendo inclusive ser generalizados e utilizados como referências para futuras pesquisas no âmbito do ensino. Em relação ao cenário do estudo, encontramos duas unidades básicas de saúde, três unidades de saúde da família e um estudo que abordou cinco cursos de graduação em Enfermagem.

Verificamos que, sendo o objeto de pesquisa a integração ensino-serviço na atenção primária, os lócus traduzem essas duas importantes estratégias: assistencial e de formação. A utilização desses cenários de estudos reforça a necessidade da reflexão sobre a realidade e a produção de cuidado *in loco*, de modo a refletir sobre práticas e ações prescritivas e médico-centradas, além do que, os cenários das práticas em saúde evidenciam disputas e interesses, sendo lócus de subjetividades (Capozzolo; Feuerwerker, 2013; Ellery; Bosi; Loiola, 2013).

O aparecimento dos cursos de Enfermagem no cenário de estudo evidencia a preocupação na discussão das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos da Saúde, da revisão periódica das ementas, conteúdos e abordagens pedagógicas, aproximando-se do contexto da aprendizagem baseada na experiência, na qual, segundo Capozzolo e Feuerwerker (2013), os alunos participam de reiteradas experiências, que permitem exercer a produção do cuidado e vivenciar o trabalho em saúde antes do contato com os referenciais teóricos, em encontros nos quais os sujeitos se afetam e se produzem mutuamente.

O inciso III do artigo 200 da Constituição Federal de 1988, reiterado no inciso III do artigo 6º da Lei nº 8.080/90, explicita o papel do SUS como formador/ordenador de recursos humanos da área de saúde. A universidade, ao inserir os discentes nos cenários da prática, convoca a uma postura diferenciada, pois a presença do aprendiz faz emergir a complexidade do cuidado que exige não somente elementos técnico-científicos, mas, também, uma mobilização afetiva diante de realidades adversas e, muitas vezes, marcadas pela violência, pela pobreza e pela vulnerabilidade – me ensinaram bastante a ter um relacionamento melhor com meus cadastrados, a entender a realidade de vida (Vasconcelos; Stedefeldt; Frutuoso, 2016).

Nesse sentido, vemos que a prática nos equipamentos do SUS permite aos alunos visualizarem possibilidades do exercício da profissão, promovendo melhorias, também, no serviço de saúde, além da ampliação do olhar do estudante para a complexidade do processo saúde-doença (Fonsêca *et al*., 2014).

Outra importante perspectiva é estimular o debate e práticas relativas à educação permanente em saúde e a interação entre educação e processos de trabalho, a partir da realidade vivenciada, levando em consideração os conhecimentos e as experiências de todos. Além disso, deve ser incentivada a reflexão e a discussão sobre o papel do preceptor e dos demais trabalhadores na formação dos estudantes e a responsabilidade dos docentes com os serviços de saúde (Pizzinato *et al*., 2012).

Em relação ao curso e categoria profissional envolvida nos estudos, após a leitura dos artigos, foram identificadas oito profissões da área da saúde, três da área técnica de nível médio e uma da área de ciências humanas e sociais. Das 14 profissões de saúde, a que teve mais estudos foi a odontologia (4), seguida de medicina e enfermagem (3), farmácia e fisioterapia (2), nutrição e psicologia (1). A profissão de serviço social apareceu em um estudo, tal fato se repetiu com as categorias de agente comunitário de saúde, auxiliar em enfermagem e auxiliar em odontologia.

Os estudos revelaram que mais da metade dos cursos ofertados na área da saúde aponta para o importante movimento iniciado a partir da Reforma Universitária na década de 1960, que identificava problemas na formação dos profissionais da saúde e a necessidade da integração ensino-serviço para a formação de um novo perfil profissional (Chaves; Kissil, 1999). Esse movimento repercutiu nas décadas de 1980, 1990 e 2000 com diversas iniciativas como o

movimento de integração docente-assistencial (IDA), Projeto Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde (UNI), Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares das Escolas Médicas (Promed), Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e PET-Saúde como importantes estratégias de fortalecimento da articulação ensino-serviço (Brasil, 2005, 2008; Chaves; Kissil, 1999; Marsiglia, 1995).

Vemos, portanto, um avanço na discussão multiprofissional, seguindo as Diretrizes Curriculares Nacionais na ampliação de debate sobre o projeto político-pedagógico da formação em saúde, incentivando o compromisso do ensino com o SUS. Além disso, deve ser estimulada a discussão entre as disciplinas que abordam saúde coletiva e o SUS nos diversos cursos da saúde, com o objetivo de planejar os conteúdos de forma integrada. Para tanto, uma das estratégias propostas é integrar os estudantes dos cursos da saúde durante sua formação em uma mesma disciplina de Saúde Coletiva.

No que compreende os desafios pontuados nas produções científicas que abordaram o componente ensino, e sob a perspectiva das universidades e centros acadêmicos de formação de profissionais de saúde, estes foram separados em duas categorias: (i) relacionado à estruturação da IES para o serviço; (ii) relacionado à estruturação do serviço para as IES. Relacionado à estruturação da IES para o serviço, foi citada a necessidade de os cursos da área de saúde atentarem para os estudantes em prática na APS em período inicial do curso, pois necessitam adquirir domínios afetivos para uma adequada postura profissional na USF (Parma; Oliveira; Almeida, 2019). Além da questão comportamental, relacional e técnica, os campos de prática/serviços citaram a necessidade de adequar o curto tempo de permanência dos discentes para a necessária construção de vínculo, superar estrutura curricular dos cursos e disponibilidade de horários, a integração das práticas dos alunos às rotinas dos serviços, bem como a continuidade das atividades em período de férias.

Relacionado à estruturação do serviço e parceria da IES, foi citado pelas IES a fragilidade do comprometimento dos profissionais, falta de bases conceituais dos profissionais a respeito do trabalho multiprofissional e interdisciplinar (Pizzinato *et al.*, 2012). Também foi pontuada pelas IES a necessidade de adequação física das unidades para receber os estudantes, bem como a adequação quantitativa de profissionais para realizar a preceptoria e supervisão deles. As poucas, ou inexistentes, atividades multidisciplinares na rotina das unidades e a baixa

inclusão dos estudantes nas atividades de planejamento e gestão das unidades também foram relatadas.

Nesse sentido, é necessário superar a coexistência de estudantes, professores e trabalhadores reconfigurando o ambiente de prática como espaço compartilhado e com intenção para além da assistência (Albuquerque *et al*., 2008).

No que diz respeito aos avanços, os estudos evidenciaram que a integração ensino-serviço promoveu a autonomia e qualidade de vida da comunidade, aumentou ações com a comunidade, participação do estudante no espaço existencial da Unidade Básica de Saúde (UBS), estimulando a postura ativa no processo ensino-aprendizagem, com apoio à equipe na resolução de problemas locais. Houve também a sensibilização dos profissionais e estudantes para a mudança do paradigma biomédico para o modelo holístico e humanista, com aproximação dos futuros profissionais de saúde e docentes com os profissionais que efetivam a atenção à saúde no dia a dia dos serviços (Lemos; Rocha; Peixoto, 2012; Miechuanski; Kleba, 2012), inclusive na produção conjunta de trabalho científico com a equipe.

Quanto às recomendações, estas foram categorizadas em recomendações voltadas às IES, recomendações voltadas para o serviço e recomendações conjuntas ensino-serviço. Nas recomendações voltadas às IES, foi pontuada a inserção de estudantes com a comunidade, o mais precoce possível na formação, divulgação pela IES para a comunidade sobre a importância de ter os futuros profissionais integrados à realidade de saúde durante seu processo de formação, estimular o compromisso do ensino com o SUS (Codato; Garanhani; González, 2017). Nas recomendações voltadas para o serviço, necessidade de esclarecer e preparar a comunidade local para receber os alunos, estimular o planejamento conjunto das atividades oferecidas e das atividades a serem desenvolvidas no serviço, inclusão de acadêmicos nas reuniões de equipe, do Conselho Municipal de Saúde, distritais e locais, a fim de compreender ainda mais a realidade e propor ações que atendam às necessidades da comunidade.

Recomendações conjuntas ensino-serviço abordaram a ampliação do diálogo inter e intrainstitucional; a interação das várias pessoas das instituições de ensino superior e da secretaria municipal de saúde – professores, coordenadores de cursos e estudantes, gestores, coordenadores das atividades práticas e trabalhadores de saúde – com distintos saberes e poderes; a ampliação da comunicação entre o mundo do trabalho e o mundo da escola, em que se

possa dialogar sobre as oportunidades oferecidas pelo mundo do trabalho e as contribuições que o mundo da escola pode apresentar para o desenvolvimento das atividades; o compromisso do ensino com o SUS e, por fim, a qualificação do processo de avaliação das ações e capacitações dos diversos programas, elaborando indicadores e instrumentos de avaliação, identificando, também, o impacto junto aos usuários (Pizzinato *et al.*, 2012).

A Figura 2 apresenta a síntese dos desafios, avanços e recomendações do componente ensino.

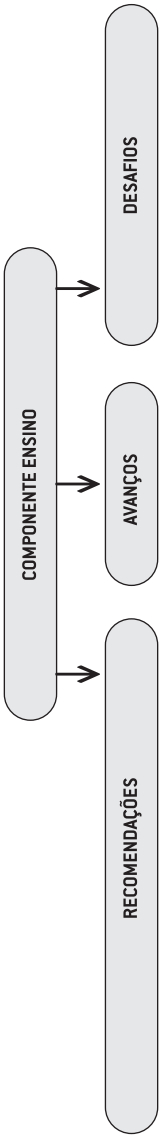
Componente atenção

Em relação ao componente atenção, de acordo com a definição, foram selecionados estudos que abordassem a integração ensino-serviço sob a perspectiva da rede de serviços de saúde, lócus de atuação de profissionais e trabalhadores da saúde, estudantes e usuários.

Foram selecionados sete artigos dos quais cinco foram estudos de caso e dois estudos empíricos. Segundo a classificação de Stetler e demais autores (1998), a qualidade das evidências dos artigos foi nível 6, e seguindo a avaliação da qualidade dos estudos pelo CASP foram considerados estudos com escore com boa qualidade metodológica e viés reduzido. Em relação ao cenário do estudo, foram cinco unidades básicas de saúde, um centro de saúde e um distrito escola. O curso mais mencionado foi o de enfermagem, aparecendo nos sete artigos, seguido pelo curso de medicina com quatro artigos. Vale destacar, entretanto, a presença de um artigo com a participação de cinco cursos da área de saúde – Enfermagem, Fisioterapia, Odontologia, Educação física e Terapia ocupacional.

Tomando o conceito de desafio como o que tem que ser enfrentado, considerando a rede de serviços podemos pontuar: planejamento articulado entre rede de serviços e IES; falta de preparo e acompanhamento didático-pedagógico dos profissionais da rede; falta de preparo e perfil adequado de docentes supervisores; sobrecarga e rotatividade de trabalho dos profissionais da rede. Em relação ao planejamento articulado entre rede de serviços e IES, é notada a necessidade de articulação no que se refere ao planejamento de atividades pedagógicas e da condução de serviços (Andrade *et al.*, 2015). Para Pereira e Fracolli (2011), as percepções presentes no Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) mostram ausência de construção conjunta do programa de ensino e das atividades do aluno.

Figura 2 – Síntese dos desafios, avanços e recomendações do componente Ensino



1. Relacionado à estruturação IES para o Serviço:
Necessidade dos cursos da área de saúde atentarem para os estudantes em prática na APS em período inicial do curso necessitam adquirir domínios afetivos para uma adequada postura profissional na USF;
Adequar o curto tempo de permanência dos discentes para a necessária construção de vínculo, superar estrutura curricular dos cursos e disponibilidade de horários, a integração das práticas dos alunos às rotinas dos serviços bem como a continuidade das atividades em período de férias;
2. Relacionado à estruturação do Serviço para as IES:
Adequação física das Unidades para receber os estudantes, bem como a adequação quantitativa de profissionais para realizar a preceptoria e supervisão deles.
Pouca ou inexistência de atividades multidisciplinares na rotina das unidades e a baixa inclusão dos estudantes nas atividades de planejamento e gestão das unidades.

Evidências de a que a Integração ensino-serviço promoveu a autonomia e qualidade de vida da comunidade, aumentou ações com a comunidade, participação do estudante no espaço existencial da UBS, estimulando a postura ativa no processo ensino aprendizagem, com apoio à equipe na resolução de problemas locais;
Mudança paradigma biomédico para o modelo holístico e humanista, com aproximação dos futuros profissionais de saúde e docentes com os profissionais que efetivam a atenção à saúde no dia a dia dos serviços inclusive na produção conjunta de trabalho científico com a equipe.

1.Recomendações voltadas às IES
A inserção de estudantes com a comunidade, o mais precoce possível na formação, divulgação pela IES para a comunidade sobre a importância de ter os futuros profissionais integrados à realidade de saúde durante seu processo de formação, estimular o compromisso do ensino com o SUS.

2. Recomendações voltadas para o serviço
Esclarecer e preparar a comunidade local para receber os alunos, estimular o planejamento conjunto das atividades oferecidas e das atividades a serem desenvolvidas no serviço, inclusão de acadêmicos nas reuniões de equipe, do Conselho Municipal de Saúde, distritais e locais, a fim de compreender ainda mais a realidade e propor ações que atendam às necessidades da comunidade.

3. Recomendações conjuntas Ensino-serviço.
Ampliação do diálogo inter e intrainstitucional - interação das IES e secretaria municipal, necessária a interação com as várias pessoas das Instituições de Ensino Superior e da Secretaria Municipal de Saúde
Ampliar a comunicação entre o mundo do trabalho e o mundo da escola,
Qualificar o processo de avaliação das ações e capacitações dos diversos programas, elaborando indicadores e instrumentos de avaliação, identificando, também, o impacto junto aos usuários;

Fonte: elaborada pelos autores.

Sobre essa temática, Andrade e demais autores (2015) revelam que a descontinuidade dos estudantes obriga a interrupção das atividades e a repetição de mensagens e ações, o que desgasta a IDA e dificulta o trabalho da equipe, além da falta de retorno pelos docentes e alunos para a equipe, sobre o alcance dos objetivos do ensino no final do semestre. Referem que há falhas de comunicação desde o estabelecimento das parcerias, com divergências em relação aos objetivos dos estágios por parte de docentes e profissionais.

Como exemplo, tem-se os enfermeiros que não compreendem os objetivos das atividades práticas e estágios dos alunos das diferentes disciplinas, desde o primeiro semestre, no qual o aluno realiza apenas uma territorialização, até o último semestre, em que o aluno, em estágio curricular obrigatório, realiza na prática do exercício profissional todas as atividades do enfermeiro. Além disso, recebem alunos de diferentes disciplinas desde o primeiro semestre do curso de enfermagem, dificultando a compreensão do nível de complexidade das atividades dos alunos. Além disso, há dificuldade de integração entre as atividades dos diferentes cursos, como medicina, odontologia, nutrição, que atuam na mesma unidade básica, gerando sobreposição de atividades e mais trabalho para a equipe de saúde. Para Massote, Belisario e Gontijo (2011), ainda ocorre a seletividade de ações em relação aos estudantes, se reservando muitas vezes à observação, não participando de grupos operativos e de atividades em equipamentos sociais no território de abrangência.

O processo de avaliação de alunos, como um problema na parceria ensino-serviço e motivo de conflitos foi levantado apenas pelos enfermeiros, especialmente com relação aos alunos nas fases finais do curso, em estágio curricular obrigatório. Nesses casos, durante os estágios, os enfermeiros supervisionam diretamente suas atividades, e o docente orienta e acompanha de forma indireta. De acordo com os enfermeiros, muitas vezes, eles ficam muito solitários na tarefa de ensinar. Alegam, ainda, que o instrumento de avaliação não contempla a realidade da prática (Andrade *et al*., 2015).

De modo geral, as dificuldades de convivência entre dois mundos, o do cuidado e o do ensino, estão relacionadas às dificuldades de se centrarem em objetivos comuns. É possível afirmar que, de fato, as organizações da saúde focam, prioritariamente, no atendimento aos usuários, e as organizações de ensino têm seu foco em ensinar e atender os estudantes (Andrade *et al*., 2015).

Sobre a falta de preparo e acompanhamento didático-pedagógico dos profissionais da rede, Caetano, Diniz e Soares (2009) apontam os desafios considerando a necessidade de os profissionais da rede de serviços atuarem de forma conjunta com estudantes e IES, desenvolvendo aspectos pedagógicos e do trabalho em ato, ultrapassando as barreiras de protocolos e manuais assistenciais.

Albiero e Freitas (2017) reforçam também as dificuldades de organização de tempo para trabalhos e estudos em conjunto, falta de formação pedagógica específica para o planejamento e acompanhamento das atividades, bem como a fragilidade da incorporação do conceito e do papel desempenhado como preceptor ou supervisor, visto que existem fatores que interferem nesses papéis, como a construção de vínculo e o compromisso em formar para o SUS, junto à comunidade e em equipe. Segundo os docentes supervisores, seus dilemas residem na sua habilidade para equacionar os objetivos pedagógicos e as demandas da realidade local-serviços, trabalhadores e usuários – sua flexibilidade para fazer ajustes, sua disponibilidade para o trabalho em equipe e pactuações coletivas (Albiero; Freitas, 2017).

Importante a reflexão do artigo de Pereira e Fracolli (2011) quando afirmam que se esperava que a articulação entre a universidade e os serviços de atenção básica à saúde resultaria na prestação de uma assistência à saúde diferenciada e inovadora, com os professores ensinando e supervisionando os estudantes em modelos de assistência avançados e em consonância com os princípios do SUS. Na prática, o profissional de saúde não transforma seu processo de trabalho e continua realizando suas ações rotineiras.

Os profissionais da rede citam também a falta de preparo e perfil adequado de docentes supervisores; como relatado em estudo de Andrade e demais autores (2015) enfermeiros reportaram como um problema para a parceria a constante mudança dos docentes, sobretudo os temporários, no acompanhamento das atividades práticas de ensino. Há docentes que não têm experiência em assistência primária e, mesmo tendo certa experiência, não conhecem e não se envolvem no processo de trabalho, o que gera insegurança na equipe das unidades de saúde.

Outro desafio a ser enfrentado é a sobrecarga e rotatividade de trabalho dos profissionais da rede considerando que os profissionais e trabalhadores relatam aumento da demanda do serviço na presença de estudantes, havendo uma competição entre as atividades de tutoria e preceptoria com as do serviço,

aumentando a carga de trabalho dos profissionais. Albiero e Freitas (2017) e Andrade e demais autores (2015) referem que as grandes demandas de assistência, ampliadas por equipes de saúde incompletas, e a estrutura deficitária impactam na sobrecarga de trabalho dos profissionais da rede e sua relação com estudantes.

Pela sobrecarga no campo, ocorre distorções da equipe e docentes. De um lado, para docentes e alunos, a unidade de saúde é apenas um campo de estágio, e para a equipe é um campo de trabalho. Alguns autores referem, também, que muitos integrantes da equipe da unidade de saúde esperam que os estudantes, de certa forma, devam ajudar a suprir a falta de profissionais (Andrade *et al*., 2015). Outro fator é que a descontinuidade ocasionada por substituições de enfermeiros nas unidades básicas gera problemas na cooperação interorganizacional, visto que há diferenças de cultura e experiências (Andrade *et al*., 2015).

Para Massote, Belisario e Gontijo (2011), há de superar também a persistência do modelo tradicional, evidenciada, principalmente, pela predominância do trabalho centrado no médico, com pouca interação com a equipe. Nesse sentido, torna-se fundamental a articulação dos trabalhadores com outras instâncias, já que mencionam a necessidade de iniciativa da secretaria municipal de saúde, com vistas a propiciar a mudança do modelo assistencial no município com base na construção de nova lógica assistencial (Pereira; Fracolli, 2011).

Apesar dos desafios expostos, a presença do estudante e sua atuação conjunta com profissionais e trabalhadores da rede é fundamental por conhecer profundamente o serviço, ter a facilidade em aproximar a comunidade acadêmica da equipe de saúde e usuários, e principalmente pela troca de saberes na rotina diária e com trabalho interprofissional.

Em relação aos avanços observados nas publicações, verificou-se quanto à rede: participação na elaboração de instrumentos de avaliação e acompanhamento dos alunos; contratação dos profissionais do serviço pelas IES; e construção de vínculos dos profissionais, rede de serviços, população e SUS.

Foram pontuadas as reuniões entre IES, secretaria e serviços, mesmo que ainda não ocorram na frequência necessária, instituição de instrumentos de avaliação, acompanhamento e registro dos alunos. Em relação a contratação de profissionais do serviço pelas IES, Pereira e Fracolli (2011) consideram que é possível observar, também, um movimento de fortalecimento da articulação ensino-serviço, a partir da contratação futura de profissionais para atuar nas

unidades básicas que possuam perfil para o ensino, um importante fator para a aproximação das instituições de ensino e de serviço.

A construção de vínculos dos profissionais, rede de serviços, população e SUS com os alunos, evidenciados por momentos de confraternização dos alunos com os funcionários, cultivam o relacionamento e fortalecimento dos laços entre os grupos de parceiros (Andrade *et al*., 2015). Segundo Albiero e Freitas (2017), foi possível identificar a construção de vínculos e a realização de trabalho integrado. Dessa forma, a aproximação do estudante com a realidade do sistema e dos cenários de cuidado contribui não só para a sua formação, mas também para a reorganização dos processos de trabalho e motivação dos profissionais, impactando assim na qualidade da atenção à saúde da população.

Massote, Belisario e Gontijo (2011) afirmam que houve mudança na impressão que os estudantes tinham sobre o SUS, predominantemente influenciados pela mídia e pelo contexto social do qual fazem parte. Pode-se observar a surpresa dos estudantes com a realidade encontrada, superando (pre)conceitos estabelecidos e incorporando novos valores às suas vidas pessoais e profissionais.

Quanto às recomendações, estas tiveram direcionamento para o fortalecimento da cooperação entre serviço, rede e IES; a apropriação por parte dos trabalhadores sobre aspectos didático-pedagógicos e curriculares; a instituição de práticas colaborativas entre serviço e universidade e institucionalização da integração ensino e serviço.

Quanto ao fortalecimento da cooperação entre serviço, rede e IES, Andrade e demais autores (2015) afirmam a necessidade de ampliação de espaços com decisões conjuntas entre a rede, profissionais e ensino com mais espaço e maior protagonismo nas reuniões conjuntas existentes. Os autores defendem também que instituições de ensino e os serviços de saúde se preocupem com a gestão dos processos de cooperação.

A apropriação por parte dos trabalhadores sobre aspectos didático-pedagógicos e curriculares é tratada por Caetano, Diniz e Soares (2009) que recomendam aprofundamento de conceitos do ensino-aprendizagem como a reflexão-ação, além de fortalecer a formação em serviço. Além disso, formalizar regras e controles, reuniões regulares, relatórios, estabelecimento de metas e avaliação de resultados dentro das unidades de saúde onde se realiza o ensino (Andrade; Boehs; Boehs, 2015).

Outra recomendação é no sentido de instituir práticas colaborativas entre serviço e universidade, em que Albiero e Freitas (2017) mencionam instituir práticas colaborativas entre serviço e universidade, tal como a agenda compartilhada entre os dois agentes – universidade e serviço –, em prol de um novo objetivo conjunto, já que a demanda da unidade e o objetivo pedagógico não podem se sobrepor, obrigando a discussão e o ajuste de atividades comuns e integradas.

Nesse sentido, recomenda-se o compartilhamento de expectativas, informações, conhecimentos, de forma horizontalizada, para encontrar o sentido colaborativo da parceria. Além disso, é fundamental que o usuário do sistema de saúde seja centro da arena das atividades profissionais (Andrade; Boehs; Boehs, 2015). No mesmo entendimento, esses autores defendem que as relações entre os dois mundos – ensino e serviço – precisam ser criadas e mantidas, pensadas como processo longitudinal e dinâmico, que exige constantes ciclos de negociações, compromissos e execução, para promover equidade e eficiência na parceria. Por fim, recomendam institucionalizar a integração ensino e serviço. Pereira e Fracolli (2011) defendem a necessidade de se continuar investindo no processo de construção de novas relações ensino-serviço-comunidade, sensibilizando-se gestores, universidades e lideranças comunitárias visando qualificá-las.

A Figura 3 apresenta a síntese dos desafios, avanços e recomendações do componente atenção.

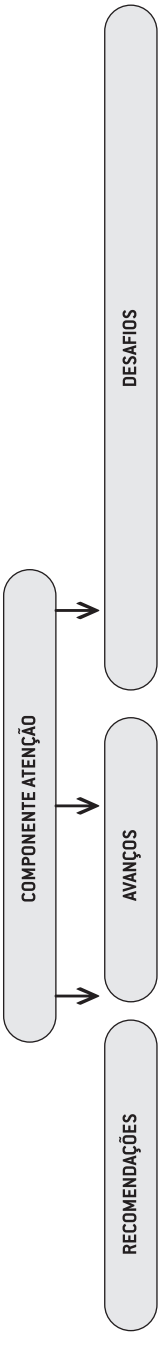
Componente gestão

Ao que se refere ao componente gestão foram selecionados estudos que abordavam a integração ensino-serviço sob a perspectiva de ação de gestores estaduais, municipais e comissões intersetoriais e/ou de integração.

Os estudos selecionados que tratam dessas questões sob a perspectivas dos gestores refletem a lógica da gestão colegiada que prevê igual poder a todas as instituições envolvidas no processo, de tal forma que cada uma delas assume compromissos com a realidade concreta onde está inserida e, por conseguinte, com a gestão democrática e horizontal do contexto educativo. Nessa direção, a roda, no âmbito da gestão colegiada tem natureza política e crítico-reflexiva (Ceccim; Feuerwerker, 2004).

No que se refere à caracterização dos artigos selecionados, quanto ao tipo de estudo, dois foram estudo de caso, um era relato de experiência e uma pesquisa de campo, sendo classificados como nível 6 pela evidência e pelo CASP,

Figura 3 – Síntese dos desafios, avanços e recomendações do componente atenção



1. Planejamento articulado entre Rede de Serviços e IES
Necessidade de articulação entre a rede de serviços e as IES no que se refere ao planejamento de atividades pedagógicas e da condução de serviços;
Falhas de comunicação desde o estabelecimento das parcerias, com divergências em relação aos objetivos dos estágios por parte de docentes e profissionais;
Seletividade de ações em relação aos estudantes, se reservando muitas vezes à observação, entretanto, não participam de grupos operativos e de atividades em equipamentos sociais no território de abrangência;
O processo de avaliação de alunos não contempla a realidade da prática.
2. Falta de preparo e acompanhamento didático pedagógico dos profissionais da rede
Necessidade dos profissionais da rede de serviços atuarem de forma conjunta com estudantes e IES, desenvolverem aspectos pedagógicos e do trabalho em ato, ultrapassando as barreiras de protocolos e manuais assistenciais.
Incipiente habilidade para equacionar os objetivos pedagógicos e as demandas da realidade local-serviços, trabalhadores e usuários – sua flexibilidade para fazer ajustes, sua disponibilidade para o trabalho em equipe e pactuações coletivas.
3. Falta de preparo e perfil adequado de docentes supervisores
A constante mudança dos docentes, sobretudo os temporários, no acompanhamento das atividades práticas de ensino.
Os docentes não conhecem e não se envolvem no processo de trabalho, o que gera insegurança na equipe das unidades de saúde.
4. Sobrecarga e rotatividade de trabalho dos profissionais da rede
Profissionais e trabalhadores relatam aumento da demanda do serviço na presença de estudantes, havendo uma competição entre as atividades de tutoria e preceptoria com as do serviço, aumentando a carga de trabalho dos profissionais referem que as grandes demandas de assistência, ampliadas por equipes de saúde incompletas, e a estrutura deficitária, impactam na sobrecarga de trabalho dos profissionais da rede e sua relação com estudantes.

Participação na elaboração de instrumentos de avaliação e acompanhamento dos alunos, mesmo que isto ainda não ocorram na frequência necessária, bastante positivo a instituição de instrumentos de avaliação, acompanhamento e registro dos alunos;
Contratação dos profissionais do serviço pelas IES. É possível observar, também, um movimento de fortalecimento da articulação ensino-serviço a partir da contratação futura de profissionais para atuar nas unidades básicas que possuam perfil para o ensino, um importante fator para a aproximação das instituições de ensino e de serviço.
Construção de vínculos dos profissionais, rede de serviços, população e SUS com os alunos evidenciado por momentos de confraternização dos alunos com os funcionários cultivando o relacionamento e fortalecimento dos laços entre os grupos de parceiros onde foi possível, identificar a construção de vínculos e a realização de trabalho integrado.

Fortalecer a cooperação entre Serviço, Rede e IES;
Estimular a apropriação por parte dos trabalhadores sobre aspectos didático-pedagógicos e curriculares;
Instituir práticas colaborativas entre serviço e universidade e institucionalizar a Integração Ensino e Serviço;
Fortalecer a cooperação entre Serviço, Rede e IES, através da ampliação de espaços com decisões conjuntas entre a rede, profissionais e ensino com mais espaço e maior protagonismo nas reuniões conjuntas já existentes;
Instituir práticas colaborativas entre serviço e universidade, tal como a agenda compartilhada entre os dois agentes – universidade e serviço em prol de um novo objetivo conjunto, já que a demanda da unidade e o objetivo pedagógico não podem se sobrepor, obrigando a discussão e o ajuste de atividades comuns e integradas.
Investir no processo de construção de novas relações ensino-serviço-comunidade, sensibilizando-se gestores, universidades e lideranças comunitárias visando qualificá-las.

Fonte: elaborada pelos autores.

com escore de boa qualidade metodológica e viés[2] reduzido. Em relação ao cenário do estudo, dois abordaram as Comissões de Integração Ensino e Serviço (CIES), um a UBS e outro a ESF. Os cursos que foram citados nos estudos foram enfermagem e odontologia. Os participantes foram membros das CIES, ou seja, representação de docente, discente, de trabalhadores, gestores e/ou do controle social e atores envolvidos com a dinâmica integração ensino-serviço-comunidade, como profissionais do serviço e alunos.

Os desafios apontados pelos manuscritos foram separados em duas categorias: (i) relacionado à compreensão e ao reconhecimento da importância do espaço ensino-serviço; (ii) relacionado ao modelo vigente da integração ensino-serviço.

Relacionados à compreensão e ao reconhecimento da importância do espaço ensino-serviço, a concepção de cogestão pressupõe a ampliação dos espaços públicos e coletivos, viabilizando o exercício do diálogo e da pactuação de diferenças. A concepção de cogerir embasa a possibilidade de construção compartilhada de conhecimentos e intervenções, considerando as subjetividades e singularidades dos sujeitos e coletivos. A gestão participativa pode, então, ser considerada um valioso instrumento de mudanças, contribuindo para a qualificação dos serviços. A cogestão é assim uma forma de superar o instituído, ao ofertar condicionantes que permitam incluir na gestão o pensar e o fazer coletivos (Brasil, 2007).

Ao analisarmos esses estudos, verificamos uma homogeneidade na percepção no que diz respeito aos desafios para a efetivação dessa relação dialética e por conseguinte a eficácia das propostas que possam fortalecer essa relação. Os gestores de saúde percebem como desafios para efetividade da integração ensino-serviço a compreensão de que

> a realidade social é determinante das condições de saúde de uma população e é onde se inserem os serviços de saúde. Essa compreensão permite aos alunos um aprendizado coerente com as necessidades concretas das pessoas e do Sistema (Brehmer; Souza, 2014, p. 123).

2 Viés de publicação é a tendência em publicações científicas de evidências positivas terem maior probabilidade de serem publicadas do que evidências negativas, tornando tendenciosos os resultados disponíveis para confronto.

Ainda assim, os autores também refletem que:

> apesar dessa compreensão estar cada vez mais presente na percepção de todos os atores envolvidos neste movimento, existe um limiar tênue entre o padrão da integração teórico-prática em vivências reais dos serviços de saúde e o risco de reproduzir mecanicamente discursos inertes (Brehmer; Souza, 2014, p. 123).

Os estudos relacionados ao modelo vigente da integração ensino-serviço expressam que fatores facilitadores dessa integração se apoiam nas condições, na estruturação e na oferta de serviços organizada aos usuários. Também refere que a estruturação deverá ser ancorada mediante elaboração e implementação de planos de educação permanente via CIES, que incluem a articulação de ensino técnico, graduação e pós-graduação, assim como a definição de novas formas de monitoramento e avaliação (Silva; Leite; Pinno, 2014). Também no estudo de Silva, Leite e Pinno (2014) são fatores limitadores para a articulação ensino-serviço a falta de articulação e envolvimento pessoal e institucional, as ações pontuais e fragmentadas, a pouca participação dos docentes e discentes, assim como a falta de engajamento das propostas e da coordenação e pouco envolvimento do controle social. Outro fator limitante está relacionado à participação dos gestores, principalmente no que concerne ao não comprometimento, ao desconhecimento da Educação Permanente em Saúde (EPS) e da importância das ações educativas como forma de aperfeiçoar o processo de trabalho e, consequentemente, os resultados efetivos na saúde das populações e comunidades. Nesse caso, evidencia-se claramente a importância da participação do gestor.

Necessário destacar que a participação dos trabalhadores nos processos de gestão é ainda incipiente, por isso, a (re)definição de gestão, com o estabelecimento de colegiados gestores com a inclusão dos trabalhadores e usuários, representa um espaço democrático de discussões e tomada de decisões, situação na qual tende-se a romper com a dicotomia de concepção e execução, muito característica de processos de trabalho de moldes capitalistas.

A participação dos trabalhadores na definição das necessidades educativas, assim como a participação dos demais segmentos envolvidos permite a construção de modelos de educação horizontalizados, participativos e democráticos, nos quais o foco é o desenvolvimento integrativo dos trabalhadores. Para que

efetivamente haja transformações, primariamente precisa-se partir do contexto real vivenciado pelos profissionais em saúde.

Weber e demais autores (2017, p. 150) consideram como outros desafios a

> [...] postura crítica, reflexiva e proativa que se deseja de um estudante e de um profissional de saúde pode ser construída conjuntamente, por meio da integração entre instituições de ensino e serviços de saúde, que devem possuir objetivos claros e firmes na busca da resolução das necessidades e qualificação da saúde da população.

Sobre os obstáculos e limitações, os autores destacam a situação dos estudantes e profissionais recém-formados nos serviços que ainda desconhecem o SUS e a necessidade de (des)construção do olhar técnico acadêmico direcionado para uma realidade que era distante na sua formação.

Sob a ótica dos gestores é necessário que as parcerias das universidades possam proporcionar, em diferentes níveis de complexidade, ações educativas integrativas entre gestores, trabalhadores e usuários. Também possam contribuir no desenvolvimento de projetos coerentes com a integralização, as necessidades locais e regionais e a realidade dos serviços, bem como com a constituição de elementos condicionantes para o fomento de ações articuladas de extensão, pesquisa e educação permanente (Silva; Leite; Pinno, 2014). Isso porque, segundo Brehmer e Souza (2014, p. 123), "[...] a organização acadêmica e dos serviços não prioriza completamente em suas organizações todos os elementos necessários para a formação efetivamente integrada ao Sistema de Saúde". Dessa forma, segundo os autores, as propostas educativas, para serem efetivas, precisam ser: a) socialmente construídas; b) ter implicação dos gestores na construção e execução das ações educativas; c) conhecimento dos gestores da política de EPS; d) necessário a participação e envolvimento dos trabalhadores na definição dos planos de educação; e) estruturação dos serviços, participação e envolvimento institucional.

No que diz respeito aos avanços, os estudos evidenciaram a percepção dos atores envolvidos, principalmente os sujeitos que atuam na gestão, que avanços são perceptíveis e transpõem em muitos aspectos as dificuldades inerentes dessa relação dialética. Os manuscritos selecionados expressam como desafios e recomendações, premissas que convergem com a ideia de que esforços coletivos

e organizados, a partir da estrutura dos componentes, podem reverberar em descobertas de pontos críticos que inviabilizam o modelo de fortalecimento e a efetividade desses processos de integração ensino-serviço-comunidade na APS, conforme Vendruscolo e demais autores (2016, p. 1023) analisam:

> Os representantes do ensino, atenção, gestão e controle social percebem a integração ensino serviço como um casamento de saberes próprios, em que o diálogo e o respeito às diferenças, pautados na alteridade e voltados à negociação, são fundamentais. Nessa direção, precisam ser respeitados os tempos e espaços de cada sujeito social a fim de atingir a integração entre educação e trabalho.

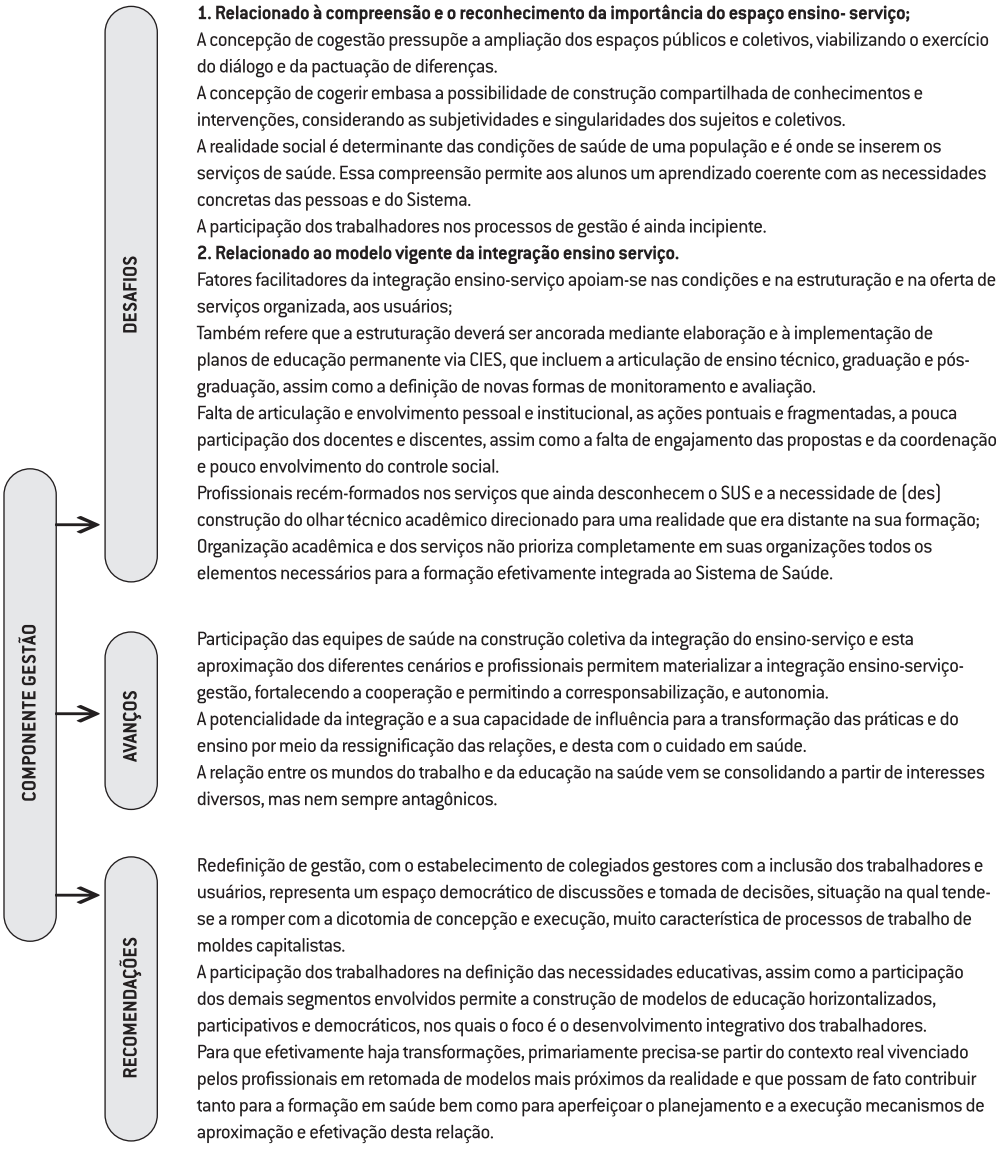
Weber e demais autores (2017) consideram como avanços os pressupostos da relação dialógica, nos quais as equipes de saúde participam da construção coletiva dessa integração do ensino com o serviço e essa aproximação dos diferentes cenários e profissionais permitiu materializar a integração ensino-serviço-gestão. Para Vendruscolo e demais autores (2016), os representantes do ensino, atenção, gestão e controle social percebem a integração ensino-serviço como um casamento de saberes próprios, em que o diálogo e o respeito às diferenças, pautados na alteridade e voltados à negociação, são fundamentais.

A discussão aqui colocada nos remete para o entendimento de que é necessário que o processo de integração ensino, serviço e comunidade adquira um novo dinamismo que possibilite a retomada de modelos mais próximos da realidade para que, de fato, possam contribuir tanto para a formação em saúde como para aperfeiçoar o planejamento e a execução de mecanismos de aproximação e efetivação dessa relação.

Muito embora os gestores não se reconhecem como peça importante na relação ensino-aprendizagem no contexto do ensino-serviço, verificou-se que a gestão se constitui elemento relevante para que o processo ensino-aprendizagem se dê de forma totalitária e significativa, fazendo parte de um quadrilátero essencial para a formação em saúde, junto ao ensino, à prática em saúde e ao controle social. Para análise da gestão setorial recomenda-se que o foco deve estar na perspectiva de configurar de modo criativo e original a rede de serviços, bem como assegurar redes de atenção às necessidades em saúde e considerar na avaliação a satisfação dos usuários (Ceccim; Feuerwerker, 2004).

A Figura 4 apresenta a síntese dos desafios, avanços e recomendações do componente Gestão.

Figura 4 – Síntese dos desafios, avanços e recomendações do componente Gestão



Fonte: elaborada pelos autores.

Controle social

Em relação ao componente controle social, e considerando que os estudos devam abordar a integração ensino-serviço-comunidade sob a perspectiva dos movimentos sociais e sindicatos, e a relação destes com a saúde, apesar da relevância, constatamos um quantitativo diminuto no acervo de estudos da busca realizada.

Ainda que esse componente do quadrilátero traduza a presença dos movimentos sociais e dê guarida à visão ampliada das lutas por saúde e à construção do atendimento às necessidades sociais por saúde (Ceccim; Feuerwerker, 2004), percebe-se na exploração de base de dados indexados sobre saúde, que essas questões têm sido pouco exploradas e, portanto, avançar na análise desse tema, especialmente na APS, torna-se essencial para de fato efetivar princípios fundantes do SUS.

Essa lacuna leva-nos a refletir que, apesar dos avanços na participação e formulação das políticas públicas vigentes, é fato reconhecido o arrefecimento da participação dos usuários e suas respectivas representações nos espaços de gestão colegiada, fruto da desmobilização em defesa do SUS, características da última década no Brasil.

Muito embora a expressão maior dessa participação esteja concretizada por meio da realização das conferências, sejam municipais, estaduais e/ou nacional, no que ordena a Lei nº 8.142/1990, e que vêm sendo realizadas nos termos legais exigidos, essa lacuna leva-nos a inferir que o implemento na produção científica desse tema enriquece a adoção de concepções pedagógicas críticas, reflexivas e problematizadoras nos novos cenários de práticas recomendados pelas DCN e potencializa a integração com a gestão, gerando melhor adequação das necessidades sociais de saúde, reafirmando relevância desse componente na dinâmica e interface da relação Integração Ensino, Serviço e Comunidade (IESC). Muito embora houvesse encontrado na busca estudos sobre esse tema, nesta revisão eles não foram selecionados mediante utilização dos critérios de qualidade metodológica pré-definidos na aplicação do instrumento CASP.

Conclusão

A revisão sistemática da produção científica sobre integração ensino-serviço-comunidade no contexto da APS no Brasil, possibilitou o alcance dos objetivos

pretendidos. O foco principal do processo de busca, análise e interpretação dos dados gerou informações importantes que possibilitarão a qualificação dos debates no âmbito das instituições, uma vez que foram extraídos e elencados dos estudos os desafios, avanços e recomendações resultantes de múltiplos estudos e pesquisas com os atores envolvidos e protagonistas desse processo, trazendo à tona questões relevantes e atuais, contemporâneas, e sobretudo capazes de disparar reflexões que possam reverberar em mudanças e novas formas de pensar e agir que tragam novas possibilidade de ação.

As principais etapas para o planejamento e a execução desta revisão tomaram como base a necessidade de buscar e caracterizar a produção nacional sobre o quadrilátero da formação em saúde. Segundo Ceccim e Feuerwerker (2004) a imagem do quadrilátero da formação para a área da saúde – ensino/gestão setorial/práticas de atenção/controle social – propõe construir e organizar uma educação responsável por processos interativos e de ação na realidade para operar mudanças (desejo de futuro), mobilizar caminhos (negociar e pactuar processos), convocar protagonismos (pedagogia *in acto*) e detectar a paisagem interativa e móvel de indivíduos, coletivos e instituições, como cenário de conhecimentos e invenções (cartografia permanente). No quadrilátero, estão aspectos éticos, estéticos, tecnológicos e organizacionais, operando em correspondência, agenciando atos permanentemente reavaliados e contextualizados (Ceccim; Feuerwerker, 2004).

Com base nesse escopo conceitual, referido por Ceccim e Feuerwerker, reuniu-se um considerável número de referências bibliográficas potencialmente elegíveis nas diversas bases de dados científicos, que foram avaliadas e incluídas conforme critérios pré-definidos, buscando principalmente as facilidades e dificuldades da integração ensino-serviço na APS no Brasil, na visão dos trabalhadores, gestores, docentes e estudantes. Dessas referências, em processo final de eleição por parte dos revisores colaboradores, esperamos extrair as contribuições e desafios dos serviços de integração docentes-assistencial na visão dos gestores, profissionais, docentes e estudantes.

A partir da análise da produção científica verificamos que as produções científicas que abordaram integração ensino-serviço no contexto da APS no Brasil encontram lacunas importantes quanto a recomendações que possam ser reproduzidas, ou ajustadas, com vistas ao fortalecimento do SUS.

Ficou evidente a insuficiência de estudos de avaliação da interação ensino-serviço-comunidade por gestores e usuários, não sendo possível incluir nesta revisão, de forma mais detalhada, a percepção desses atores, sendo outra limitação que se relaciona à diminuta produção sobre a temática do controle social e sua interface com a integração ensino-serviço-comunidade, bem como produções que avancem do diagnóstico para exemplos práticos e bem-sucedidos, com repercussão para o sistema de saúde e usuários.

Referências

ALBIERO, J. F. G.; TORRES, S. F. F. Cenários de prática na atenção básica: tipologia para unidades docente-assistenciais. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, Fortaleza, v. 30, n. 3, p. 1-8, 2017. Disponível em: https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/5836/pdf. Acesso em: 20 abr. 2020.

ALBUQUERQUE, V. S. *et al*. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, DF, v. 32, n. 3, p. 356-362, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022008000300010&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 20 abr. 2020.

ANDRADE, S. R. de; BOEHS, A. E.; BOEHS, C. G. E. Percepções de enfermeiros docentes e assistenciais sobre a parceria ensino-serviço em unidades básicas de saúde. *Interface*: comunicação, saúde, educação, Botucatu, v. 19, n. 54, p. 537-547, 2015. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0277. Acesso em: 20 abr. 2020.

ANDRADE, S. R. *et al*. Indicadores e Rede de Atenção: uma experiência do Programa de Educação pelo Trabalho em Vigilância em Saúde. *Interface*: comunicação, saúde, educação, Botucatu, v. 19, p. 913-922, 2015. Suplemento 1. Disponível em: https://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0826. Acesso em: 20 abr. 2020.

BAHIA. Secretaria Municipal de Saúde de Salvador. Núcleo de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. *Relatório Agenda Integrada de Educação Permanente*. Salvador: Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.996/2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 144, n. 162, p. 34-38, 22 ago. 2007. Disponível em: www.saude.al.gov.br/portariagmmsn1996de20deagostode200711032. Acesso em: 20 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 421, de 3 de março de 2010. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 144, n. 43, p. 52-53, 5 mar. 2010a. Disponível

em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prio421_03_03_2010.html. Acesso em: 20 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 422, de 3 de março de 2010. Estabelece orientações e diretrizes técnico-administrativas para a execução do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET Saúde, instituído no âmbito do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 157, n. 43, p. 53, 5 mar. 2010b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prio422_03_03_2010.html. Acesso em: 20 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 154, n. 183, p. 68-76, 22 set. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 20 abr. 2020.

BREHMER, L. C. F.; SOUZA, R. F. R. Integração ensino-serviço: implicações e papéis em vivências de cursos de Graduação em Enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 118-124, 2014. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0080-62342014000010015. Acesso em: 20 abr. 2020.

CAETANO, J. Á.; DINIZ, R. de C. M.; SOARES, E. Integração docente-assistencial sob a ótica dos profissionais de saúde. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 14, n. 4, p. 638-644, 2009. Disponível em: https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/16376/10857. Acesso em: 20 abr. 2020.

CAPOZZOLO, A. A.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudanças na formação dos profissionais de saúde: alguns referenciais de partida do eixo Trabalho em Saúde. *In*: CAPOZZOLO, A. A.; CASETTO, S. J.; HENZ, A. O. (org.). *Clínica comum*: itinerários de uma formação em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 35-58.

CECCIM, R. B.; FUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*: revista de saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0103-73312004000100004. Acesso em: 20 abr. 2020.

CHAVES, M.; KISSIL, M. Origens, concepção e desenvolvimento. *In*: ALMEIDA, M. J.; FEUERWERKER, L.; LLANOS, M. (org.). *A educação dos profissionais de saúde na América Latina*: teoria e prática de um movimento de mudança. São Paulo: Hucitec, 1999. t. 1, p. 1-16.

CODATO, L. A. B.; GARANHANI, M. L.; GONZÁLEZ, A. D. Percepções de profissionais sobre o aprendizado de estudantes de graduação na Atenção Básica. *Physis*: revista de saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 605-619, 2017. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312017000300012. Acesso em: 20 abr. 2020.

ELLERY, A. E. L.; BOSI, M. L. M.; LOIOLA, F. A. Integração ensino, pesquisa e serviços em saúde: antecedentes, estratégias e iniciativas. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 187-198, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sausoc/a/XZybmCZz3wDNhfXPgYSjy9B/?lang=pt#. Acesso em: 20 abr. 2020.

FONSÊCA, G. S. *et al*. Educação pelo trabalho: reorientação a formação do profissional de saúde. *Interface*: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 18, n. 49, p. 571-583, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/j/icse/a/MYwt3zYHQtJ6Tw45zY4kjFp/?lang=pt#. Acesso em: 20 abr. 2020.

HIGGINS, J. P. T. *et al*. *Glossary of terms in The Cochrane Collaboration*. London: The Cochrane Collaboration, 2020. Disponível em: http://community.cochrane.org/sites/default/files/uploads/glossary.pdf. Acesso em: 20 abr. 2020.

KHALAF, D. K. *et al*. Integração Ensino-Serviço sob a percepção dos seus protagonistas. *Revista de Enfermagem da UFSM*, Santa Maria, v. 37, p. 1-20, 2019.

LEMOS, M.; ROCHA, M. N. D.; PEIXOTO, M. V. da S. Estágio de vivência no SUS-BA: estratégia de reorientação da formação profissional em saúde. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 36, n. 1, p. 263-269, 2012. Disponível em: https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/251/pdf_66. Acesso em: 20 abr. 2020.

MARSIGLIA, R. M. G. *Relação ensino/serviços*: dez anos de integração docente assistencial (IDA) no Brasil. São Paulo: Hucitec, 1995.

MASSOTE, A. W.; BELISARIO, S. A.; GONTIJO, E. D. Atenção primária como cenário de prática na percepção de estudantes de Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, DF, v. 35, n. 4, p. 445-453, 2011. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022011000400002. Acesso em: 20 abr. 2020.

MENDES, A. L. L.; FRACOLLI, L. A. Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. *Texto & Contexto – Enfermagem*, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 771-779, 2008. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400020. Acesso em: 20 abr. 2020.

MIECHUANSKI, P. C.; KLEBA, M. E. Acadêmicos da Uno Chapecó na interação com Sistema Único de Saúde e ESF através do Projeto PRÓ-SAÚDE. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, DF, v. 36, n. 1, p. 131-135, 2012. Supl. 2. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbem/a/ZLhZdN4rxY8wxWQsZ4xhVMC/. Acesso em: 20 abr. 2020.

PARMA, F. A. S.; OLIVEIRA, R. A.; ALMEIDA, F. A. Percepção dos profissionais de saúde em relação à integração do ensino de estudantes de medicina nas unidades de saúde da família. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, DF, v. 43, n. 1, p. 175-184, 2019. Suplemento 1. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbem/a/yDvwKR6tdq5RCNffKnB5MmG/?lang=pt. Acesso em: 20 abr. 2020.

PEREIRA, J. G.; FRACOLLI, L. A. Articulação ensino-serviço e vigilância da saúde: a percepção de trabalhadores de saúde de um distrito escola. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 63-75, 2011. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1981-77462011000100005. Acesso em: 20 abr. 2020.

PIZZINATO, A. *et al*. A integração ensino-serviço como estratégia na formação profissional para o SUS. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, DF, v. 36, n. 1, p. 170-177, 2012. Suplemento 2. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022012000300025. Acesso em: 20 abr. 2020.

SILVA, L. A. A.; LEITE, M. T.; PINNO, C. Contribuições das comissões de integração ensino-serviço na educação permanente em saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 403-424, 2014. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462014000200011. Acesso em: 20 abr. 2020.

STETLER, C. B. *et al*. Utilization-focused integrative reviews in a nursing service. *Applied Nursing Research*, [Philadelphia, PA], v. 11, n. 4, p. 195-206, 1998. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/sdfe/pdf/download/eid/1-s2.0-S0897189798803297/first-page-pdf. Acesso em: 20 abr. 2020.

VASCONCELOS, A. C. F. de; STEDEFELDT, E.; FRUTUOSO, M. F. P. Uma experiência de integração ensino-serviço e a mudança de práticas profissionais: com a palavra, os profissionais de saúde. *Interface*: comunicação, saúde, educação, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 147-158, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/j/icse/a/pqNMwL89B6MGRdPxzT9YSPc/abstract/?lang=pt. Acesso em: 20 abr. 2020.

VENDRUSCOLO, C. *et al*. Integração ensino-serviço e sua interface no contexto da reorientação da formação na saúde. *Interface*: comunicação, saúde, educação, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 1015-1025, 2016. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0768. Acesso em: 20 abr. 2020.

WEBER, C. *et al*. Integração ensino-serviço-gestão na saúde bucal em Santa Maria e região: relato de experiência em estágio curricular acadêmico e Residência Multiprofissional. *Revista da ABENO*, [*s. l.*], v. 17, n. 4, p. 144-152, 2017. Disponível em: https://doi.org/10.30979/rev.abeno.v17i4.484. Acesso em: 20 abr. 2020.

CAPÍTULO 2

Atenção ambulatorial especializada no SUS

o fenômeno da ampliação da rede de serviços por meio das Policlínicas Regionais de Saúde na Bahia

JULIETE SALES MARTINS
THADEU BORGES SOUZA SANTOS
SILVANA LIMA VIEIRA
ISABELA CARDOSO DE MATOS PINTO

Introdução

As ações da atenção especializada são caracterizadas por práticas e conhecimentos assistenciais que incorporam processos de trabalho com densidade tecnológica. O cuidado por meio da assistência especializada é necessário para dar efetividade às ações básicas, aproximando o sistema de saúde da integralidade desejada (Solla; Chioro, 2012; Tesser; Poli Neto, 2017).

Para fins de compreensão da problemática de estudo, alguns autores utilizam os termos Atenção Secundária e Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) como sinônimos, mas é necessário cautela, já que no escopo de ações da atenção secundária estão inclusos os serviços hospitalares, sendo necessário cuidado nessa relação de sinonímia, pois ações secundárias estão em um conjunto mais amplo, podendo ou não envolver as atividades ambulatoriais. Dessa forma, o termo AAE será adotado no capítulo, sendo definido como um conjunto de

ações de nível ambulatorial com densidade tecnológica, situada entre a Atenção Primária à Saúde (APS) e a atenção hospitalar, que compreende serviços especializados e de apoio diagnóstico e terapêutico (Guedes *et al*., 2019).

De modo geral, o tema é importante lacuna de conhecimento científico, tendo ocorrido um leve avanço nos últimos anos em consequência dos estudos sobre estruturação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), visando superação de um sistema fragmentado e aumento da eficiência. Fato que justifica a necessidade de intensificar a realização de pesquisas sobre a temática (Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2015; Guedes *et al*., 2019).

Alguns estudiosos apontam que a AAE é um dos grandes desafios do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo conhecida como um gargalo pela estruturação insuficiente, demanda excessiva de procedimentos e baixa oferta, *déficit* em algumas especialidades médicas, serviço ambulatorial fortemente vinculado ao setor privado e a rigidez do teto financeiro, além da indefinição dos papéis dos entes federativos na organização da rede (Pinto *et al*., 2019; Romano; Scatena, 2014; Solla; Paim, 2014). Contudo, há quem defenda a ideia de que os serviços ambulatoriais não são insuficientes, o que falta necessariamente é reorganização das relações entre a APS e a AAE (Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2015).

Quanto a sua institucionalidade, ainda não se regulamentou uma política nacional para a AAE, como ocorreu para a atenção básica e hospitalar. De tal modo, aponta-se para necessidade de investimentos na elaboração de políticas públicas voltadas para a organização da AAE na perspectiva da RAS.

Nesse sentido, estratégias inovadoras têm sido implementadas por alguns estados brasileiros, a exemplo da ampliação dos serviços especializados por meio de policlínicas. Como exemplo, o estado da Bahia priorizou a proposta da ampliação da cobertura de AAE em seu Plano Estadual de Saúde de 2016-2019 e 2020-2023, subsidiando a implantação de Policlínicas Regionais de Saúde (PRS) em todo território baiano, mantidas por consórcios públicos de saúde (Bahia, 2016, 2020).

A seguir, serão apresentados aspectos gerais sobre a AAE, seus desafios e proposta de ampliação da oferta de serviços ambulatoriais no estado da Bahia, por meio das PRS.

Considerações sobre a atenção ambulatorial especializada

A Lei federal nº 8.080/90 que regulamentou o SUS estabeleceu a integralidade da assistência como um dos seus princípios doutrinários, "[...] entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema" (Brasil, 1990, p. 18058). Visando essa integralidade, o sistema público foi organizado baseado em outros princípios fundamentais postos pela mesma lei: "regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde" (Brasil, 1990, p. 18058).

Nessa perspectiva de atenção integral, há a tentativa de estruturar o SUS segundo a lógica de rede de atenção. A Portaria nº 4.279/2010 estabeleceu diretrizes para a organização da RAS no SUS, entendida com "arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscaram garantir a integralidade do cuidado" (Brasil, 2010, p. 89).

No Brasil, juridicamente, a concepção de rede é formalizada por meio de da referida portaria, que estabelece diretrizes para a organização da RAS, no âmbito do SUS, e o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90 e explicita que "[...] a integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde" (Brasil, 2011, p. 1).

Apesar dos marcos normativos serem um importante avanço, não foram apresentadas propostas e investimento federal para a construção concreta da RAS. Não foram especificadas as formas de operacionalizar as relações entre APS e atenção especializada, embora exista a necessidade de comunicação contínua entre os níveis de atenção, e "não há diretrizes operacionais claras e recursos substanciais para induzir a ampliação e a estruturação da atenção especializada" (Tesser; Poli Neto, 2016, p. 942).

Outro conceito fundamental na discussão sobre RAS é o de níveis de atenção. O termo surgiu em debates internacionais propostos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) já na década de 60 e foi definido como arranjos produtivos organizados com base na densidade tecnológica, indo do menor nível, passando pelo intermediário, até o de maior densidade tecnológica (Brasil, 2010; Pinto *et al*., 2019).

Assim, os níveis são denominados de APS, caracterizado pelas Unidades Básicas de Saúde e Estratégia de Saúde da Família (ESF); atenção secundária,

compreendendo centros de especialidades e Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT), sendo assim, é o nível onde está situada a AAE. E por fim, atenção terciária, representada pela atenção hospitalar (Pinto *et al.*, 2019; Solla; Chioro, 2012).

Nessa linha, Solla e Chioro (2012) conceituaram a AAE como área onde são desenvolvidas ações, práticas, conhecimentos e técnicas assistenciais que envolvem processos de trabalho que demandam maior densidade teológica. Guedes e demais autores (2019, p. 2126) trouxeram um conceito muito próximo, quando consideraram que a AAE é um

> [...] conjunto de ações e serviços especializados em nível ambulatorial, com densidade tecnológica intermediária entre a atenção primária e a terciária, que compreende serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico. Devendo ainda ser referência assistencial e consultora para a APS.

A AAE no SUS é segmentada em Média e Alta Complexidade Ambulatorial (MAC). Para melhor entendimento, os termos habitualmente são explicados separadamente. A média complexidade são ações e serviços realizados para atender as necessidades de saúde da população, cuja prática clínica demande profissionais especializados e recursos tecnológicos com um menor valor financeiro. Quanto à alta complexidade, é um conjunto de procedimentos que incluem alta tecnologia e alto custo, cujo objetivo é proporcionar à população acesso a serviços de qualidade (Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2011; Solla; Chioro, 2012).

Quanto a sua institucionalidade, ainda não se regulamentou uma política nacional para a AAE, como ocorreu para a atenção básica e hospitalar. Mas, historicamente, esse nível de atenção é normatizado pelos custos dos procedimentos dispostos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção do SUS, conhecida popularmente como Tabela SUS, uma das características de um sistema pensado com base na oferta e não na demanda (Pinto *et al*., 2019; Romano; Scatena, 2014).

Entretanto, em 2015, o Ministério da Saúde (MS) publicou a Portaria nº 1.631 que aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS, que gerou o Parâmetro SUS,

um documento com vistas a auxiliar os gestores no planejamento baseado nas "necessidades de saúde da população pensadas independente de restrições financeiras, séries históricas da oferta de serviços ou outros condicionantes" (Brasil, 2015a, p. 38).

Esse documento foi construído com base em produções científicas nacionais e internacionais, considerando critérios utilizados no dimensionamento das necessidades em saúde, em países com sistemas de saúde centrados na APS, e municípios brasileiros com ampla cobertura pela ESF e que contam com complexos reguladores consolidados (Brasil, 2015a).

Desafios da atenção ambulatorial especializada

No Brasil, os serviços ambulatoriais estão concentrados em unidades públicas de abrangência regional, sob gestão das secretarias municipais ou estaduais de saúde, atuando como referência para casos advindos da APS e do cuidado hospitalar, ou são contratualizados na sua maioria no setor privado, principalmente os de alta complexidade, já que o sistema público não possui capacidade física instalada para atender às necessidades da população (Solla; Chioro, 2012).

Em muitos municípios brasileiros o serviço ambulatorial continua fortemente vinculado ao setor privado com ou sem fins lucrativos. Essa contratualização dá certa agilidade e resolutividade aos problemas dos usuários que conseguem ter acesso, entretanto a falta de regulação e controle permite que o setor privado distorça o cenário, escolhendo a demanda por enfermidade e realizando os procedimentos que são mais rentáveis, o que acaba determinando o padrão de oferta do SUS, que historicamente não leva em consideração as necessidades e o perfil epidemiológico da população, credenciando serviços no SUS sem critérios de base populacional (Romano; Scatena, 2014).

Além dessa problemática envolvendo a oferta de serviços, existem outras dificuldades, que se subdividem em problemas de atenção e problemas de gestão. Os primeiros são

> [...] excesso de pedidos de consultas com especialistas; solicitação de exames complementares desnecessários; utilização desses serviços para realização de procedimentos não cobertos pelos planos de saúde ou não autorizados pelas operadoras; rede

> privada organizada em uma lógica completamente diferenciada do SUS, com excesso de serviços especializados submetidos a intensa concorrência (Solla; Paim, 2014, p. 345).

Já com relação aos problemas de gestão, se destacaram a rigidez do teto financeiro; processo de credenciamento, contratos e convênios realizados sob influências da pressão do setor privado e de práticas clientelistas da política e da gestão, além da indefinição dos papeis dos entes federativos na organização da rede, mesmo com todas as tentativas de normatização por meio da Norma Operacional de Assistência à Saúde 01/2002 (NOAS 01/2002) e do Decreto nº 7.508/2011 (Solla; Paim, 2014).

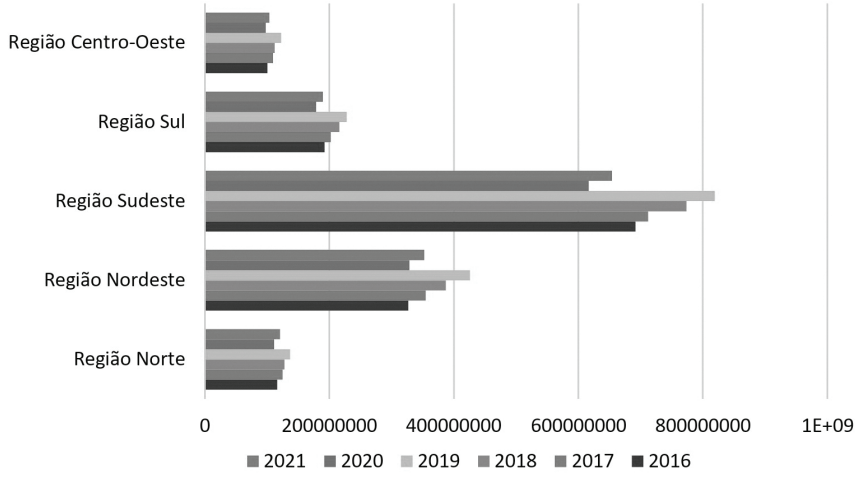
Pelos desafios citados anteriormente, pela expansão da APS, que gerou aumento da demanda de SADT, e por esse nível de atenção ainda se constituir como a primeira porta de entrada para uma parcela de usuários, estudiosos concordam que a AAE se constitui como um gargalo no SUS (Pinto *et al.*, 2019; Solla; Chioro, 2012; Solla; Paim, 2014).

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) vai de encontro a esse pensamento, quando diz que o diagnóstico recorrente de que a AAE se constitui como um funil é "muitas vezes baseado em ideias de senso comum", pela oferta insuficiente, chamada de vazio assistencial. Ressalta que o *déficit* em algumas especialidades é inegável, mas uma análise mais profunda pode elucidar que alguns problemas que se mostram em forma de vazios assistenciais podem ser resolvidos utilizando novas maneiras de organizar as relações entre a APS e a AAE, sem necessariamente ofertar mais serviços ambulatoriais (Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2015).

Cobertura da atenção ambulatorial especializada no Brasil

Mesmo com todos os entraves apresentados, a AAE vem aumentando o número de procedimentos realizados ao longo dos anos, conforme produção registrada no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) do SUS. A ampliação ocorre tanto para os procedimentos de média quanto de alta complexidade, com prováveis causas relacionadas ao aumento da cobertura da ESF; aumento da expectativa de vida, consequentemente crescimento da população idosa e do número de doenças crônicas no Brasil (Pinto *et al*., 2019; Solla; Chioro, 2012).

Figura 1 – Produção ambulatorial de média complexidade do SUS, por região do Brasil, de 2016 a 2021



Fonte: elaborada pelos autores[1].

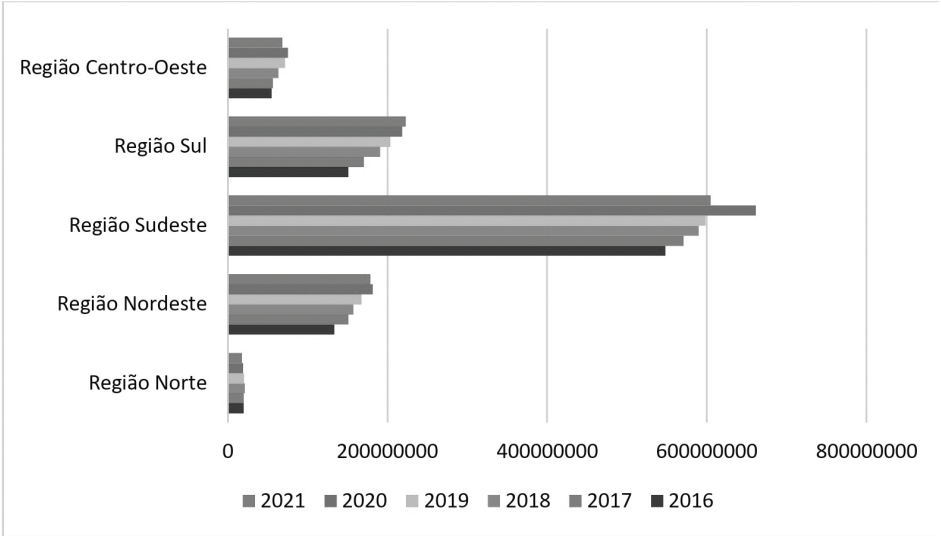
A Figura 1 evidencia o aumento da produção ambulatorial de média complexidade do SUS das regiões brasileiras entre os anos de 2016 e 2020. Nesse grupo, estão compreendidos os procedimentos de radiodiagnóstico e ultrassonográficos, patologia clínica, pequenas cirurgias, consultas especializadas, entre outros. Solla e Chioro (2012) observaram que o crescimento da produção ambulatorial vem ocorrendo desde 2005, quando a produção ultrapassou a marca de 1 bilhão de procedimentos. Contudo, a média complexidade ainda representa um dos maiores pontos de estrangulamento do SUS, considerando a dificuldade de acesso, baixa integração das ações dos níveis de atenção à saúde e concentração em locais de grande densidade populacional.

Observando a produção do ano de 2020, nota-se uma queda, contrariando a tendência de crescimento. Tal fato pode ser explicado pela redução do número de atendimentos ambulatoriais causada pela pandemia da covid-19, emergência de saúde pública de importância internacional, causada pelo agente etiológico SARS-CoV-2, que tem uma rápida disseminação, podendo

1 A partir dos dados do MS – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

ser assintomática nos indivíduos acometidos ou provocar casos graves, com o primeiro caso sendo registrado em dezembro de 2019. Estudos apontaram que houve um "declínio no número de atendimentos e procedimentos médicos não associados à covid-19", evento que tem gerado preocupação, considerando os riscos de agudização de doenças crônicas e atrasos nos diagnósticos e tratamentos de outros agravos (Almeida *et al.*, 2020, p. 863; OPAS, 2020).

Figura 2 – Produção ambulatorial de alta complexidade do SUS, por região do Brasil, de 2016 a 2021



Fonte: elaborada pelos autores.

A Figura 2 aponta também para o crescimento na produção ambulatorial de serviços da alta complexidade do SUS, que compreende os procedimentos de hemodinâmica, terapia renal substitutiva, ressonância magnética, tomografia, quimioterapia e outros. Diferente da produção de média complexidade, no ano de 2020 não houve queda na produção da alta complexidade, evento possivelmente explicado pelas complicações agudas causadas pelo agente etiológico da covid-19, que exigiram cuidados intensivos (Campos *et al*., 2020).

Apesar dos dados confirmarem o aumento da cobertura da AAE no SUS, é notório que existe uma grande diferença da produção entre as regiões do Brasil, que vem se perpetuando ao longo dos anos. As desigualdades regionais podem

ser observadas na oferta de todos os serviços do sistema, porém para os serviços de alta complexidade essa diferença é muito mais significativa (Pinto *et al*., 2019; Solla; Chioro, 2012).

O caso da ampliação da atenção especializada no SUS Bahia a partir das Policlínicas Regionais de Saúde

Estratégias inovadoras têm sido implementadas por alguns estados, principalmente da Região Nordeste, a exemplo da ampliação dos serviços especializados por meio das policlínicas. Na literatura encontrou-se informações sobre os estados do Ceará, Maranhão e Bahia. Segundo Almeida e demais autores (2020), o estado do Ceará apresenta avanços na organização regionalizada, sendo considerada exitosa quando comparada a experiências nacionais. No seu estudo evidenciou a ampliação da oferta de serviços especializados no referido estado, por meio de Policlínicas e Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) mantidos por consórcios públicos de saúde.

No estado do Maranhão, entre janeiro de 2020 e abril de 2021 já haviam sido implantadas 11 policlínicas na capital e Região Metropolitana de São Luís (Maranhão, 2021). De modo exemplar, o estado da Bahia priorizou a proposta da ampliação da cobertura de AAE em seu Plano Estadual de Saúde de 2016-2019 e 2020-2023, e desde 2017, tem subsidiado implantação de PRS mantidas também por consórcios públicos de saúde. As referidas policlínicas são unidades especializadas de apoio diagnóstico e terapêutico, de média e alta complexidade da atenção secundária, com atendimento 100% SUS (Bahia, 2017).

A implantação de 28 policlínicas estava prevista no Plano Estadual de Saúde (PES) 2016-2019, mas ao final de 2019, 15 estavam em funcionamento e outras em construção. Dessa forma, a meta foi readequada no PES 2020-2023, para a implantação de mais sete unidades, totalizando 24 e não 28 como posto no PES 2016-2019. Além da meta de construção, os PES apresentaram também metas para aparelhar as policlínicas e apoiar o funcionamento dos consórcios públicos de saúde. Os consórcios estão sendo constituídos pela união de municípios de uma mesma região de saúde junto ao estado, visando ampliar a assistência de saúde da média e alta complexidade (Bahia, 2016, 2020).

Do ponto de vista de implantação de políticas de saúde, essas unidades vêm se constituindo importante equipamento de fortalecimento da RAS no SUS, ampliação do acesso ambulatorial às especialidades médicas, exames e procedimentos diversos, bem como diminuição da contratualização dos serviços especializados com o setor privado. Além disso, pode contribuir para aumento das chances de cura de doenças em estágios iniciais, evitando assim a busca por serviços de urgência e emergência e consequentemente hospitalizações. Dessa forma, a estratégia de implantação dessas unidades visa a minimização das problemáticas existentes na AAE, descritas anteriormente, que a torna conhecida como gargalo do SUS (Bahia, 2016, 2017).

Nessa perspectiva, a depender do perfil epidemiológico da região de saúde em que a policlínica está implantada, podem ser oferecidas especialidades médicas como angiologia, cardiologia, endocrinologia, gastroenterologia, neurologia, ortopedia, oftalmologia, otorrinolaringologia, ginecologia/obstetrícia, mastologia, urologia, dermatologia, hematologia, reumatologia, pneumologia, infectologia e nefrologia. Além de consultas de demanda interna em enfermagem, farmácia, nutrição, psicologia e serviço social. Já os exames ofertados são compostos por: ressonância magnética, tomografia, mamografia, ultrassonografia, ecocardiografia, ergometria, mapa, holter, eletroencefalograma, eletromiografia, radiografia, eletrocardiograma, endoscopia, colonoscopia, entre outros. Além de biópsias e procedimentos, como vasectomia e pequenas cirurgias (Bahia, 2017).

O acesso ocorre por meio de solicitações realizadas preferencialmente por profissionais da APS, que são agendadas via sistema próprio, o Sistema Integrado de Gestão em Saúde (SIGES), operado pelas regulações municipais dos municípios consorciados. Além disso, para o deslocamento dos usuários e usuárias até o serviço, são disponibilizados transportes sanitários que circulam entre os municípios (Bahia, 2017).

Desde a implantação até junho de 2021, as policlínicas contabilizaram um total de 2.036.497 atendimentos, fato que vem contribuindo para o aumento da cobertura da MAC ambulatorial no estado e consequentemente com a produção registrada no SIA/SUS (Bahia, 2021).

Tabela 1 – Produção ambulatorial do SUS – por gestor – Bahia. Quantidade aprovada por procedimento e ano de atendimento, de 2016 a 2021

Procedimento	2016	2017	2018	2019	2020	2021	% 2021-2016
Consulta médica em atenção especializada	4.598.915	5.004.487	5.424.570	5.867.559	4.052.737	4.983.320	8,36
Consulta de profissionais de nível superior na atenção especializada (exceto médico)	5.554.354	6.871.243	7.410.392	8.170.974	6.623.245	7.553.718	35,9
Total	**10.153.269**	**11.875.730**	**12.834.962**	**14.038.533**	**10.675.982**	12.537.038	23,47

Fonte: elaborada pelos autores.

Tabela 2 – Produção ambulatorial do SUS – por gestor – Bahia. Quantidade aprovada por subgrupo de procedimento e ano de atendimento, de 2016 a 2021

Subgrupo procedimento	2016	2017	2018	2019	2020	2021	% 2021-2016
Diagnóstico em laboratório clínico	32.778.931	36.245.845	37.464.493	39.840.706	31.878.816	34.778.942	6,1
Diagnóstico por anatomia patológica e citopatologia	640.337	634.960	703.518	730.328	388.650	550.205	-14,07
Diagnóstico por radiologia	2.609.697	2.642.227	2.863.085	2.944.474	1.990.130	2.229.825	-14,55
Diagnóstico por ultrassonografia	880.236	975.893	1.068.187	1.268.109	851.645	1.046.367	18,87
Diagnóstico por tomografia	149.546	169.518	215.131	264.906	234.832	301.662	101,71
Diagnóstico por ressonância magnética	54.202	57.216	88.881	109.964	91.320	122.499	126
Diagnóstico por endoscopia	123.446	118.531	122.761	145.580	83.574	111.488	-9,68
Métodos diagnósticos em especialidades	1.980.191	2.106.470	2.335.350	2.806.144	1.703.078	2.202.303	11,21
Total	**39.216.586**	**42.950.660**	**44.861.406**	**48.110.211**	**37.222.045**	**41.343.291**	**5,42**

Fonte: elaborada pelos autores.

As Tabelas 1 e 2 apresentam uma série histórica de 2016 a 2021 da produção de serviços que pode ter sofrido impacto com a implantação das policlínicas no estado da Bahia. A Tabela 1 aponta que o percentual de consultas médicas e de outros profissionais de nível superior aumentou em 23,47% entre 2016 e 2021. Já a Tabela 2 indica que houve também um aumento de 5,42% na produção de exames para o mesmo período. Contudo, as produções dos anos de 2020 e 2021 chamam atenção, tendo em vista que se apresentam menores do que em anos anteriores, em alguns grupos de procedimentos, fato que pode ser justificado também pela diminuição dos atendimentos ambulatoriais ocasionada pela pandemia da covid-19 (Almeida *et al.*, 2020).

Considerações finais

Este capítulo buscou apresentar alguns pontos da AAE no SUS, avanços, desafios e a estratégia de ampliação da cobertura do estado da Bahia, por meio da implantação de policlínicas regionais.

Para a efetivação da RAS, a AAE tem se constituído como um ponto de atenção importante. Para tanto, foi possível reconhecer que ao longo dos anos a produção de média e alta complexidade ambulatorial está em ritmo de crescimento, mas sofreu interferências da pandemia da covid-19. Além disso, as desigualdades regionais têm se perpetuado, contrariando o princípio da equidade.

Na tentativa de minimizar os vazios assistenciais, estratégias estão sendo adotadas, a exemplo da implantação das policlínicas regionais na Bahia. O projeto iniciado em 2016, já reflete no aumento da produção ambulatorial do estado, mas faz-se necessário estudos que respondam qual o papel e o impacto dessas instituições na RAS, bem como se a forma de regulação dos serviços prestados tem correspondido às necessidades de saúde da população baiana.

Referências

ALMEIDA, A. L. C. *et al*. Repercussões da Pandemia de COVID-19 na Prática Assistencial de um Hospital Terciário. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, Rio de Janeiro, v. 115, n. 5, p. 862-870, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.36660/abc.20200436. Acesso em: 16 jan. 2022.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. *Manual de acesso aos serviços de Apoio Diagnóstico e Tratamento das Policlínicas Regionais*. Salvador: Secretaria da Saúde do Estado

da Bahia, 2017. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/10/Manual-de-acesso-Policl%C3%ADnicas-outubro2017.pdf. Acesso em: 17 dez. 2021.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. *Policlínicas Regionais de Saúde contabilizam mais de 2 milhões de atendimentos*. Salvador, 2021. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/2021/07/06/policlinicas-regionais-de-saude-contabilizam-mais-de-2-milhoes-de-atendimentos. Acesso em: 22 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015a. Disponível em: http://www.saude.campinas.sp.gov.br/programas/protocolos/Parametros_SUS_2015.pdf. Acesso em: 20 dez. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 148, n. 123, p. 1-3, 29 jun. 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm. Acesso em: 17 dez. 2021.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 128, n. 182, p. 18056-18059, 20 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 22 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.631, de 1º de outubro de 2015. Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 152, n. 189, p. 38, 2 out. 2015b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1631_01_10_2015.html. Acesso em: 20 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 147, n. 251, p. 88-93, 31 dez. 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 22 dez. 2021.

CAMPOS, M. R. *et al*. Carga de doença da covid-19 e de suas complicações agudas e crônicas: reflexões sobre a mensuração (DALY) e perspectivas no Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 11, p. 1-13, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311X00148920. Acesso em: 22 jan. 2022.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). *A Atenção Ambulatorial Especializada nas Redes de Atenção à Saúde*. [Brasília, DF], 2015. Disponível em: http://www.conass.org.br/conassdebate/?p=418. Acesso em: 22 maio 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). *Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS*. Brasília, DF: CONASS, 2011. Disponível em: https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao02011/livro_4.pdf. Acesso em: 22 maio 2020.

GUEDES, B. A. P. *et al*. A organização da atenção ambulatorial secundária na SESDF. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 2125-2134, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/csc/v24n6/1413-8123-csc-24-06-2125.pdf. Acesso em: 22 maio 2020.

MARANHÃO. *Policlínicas do Governo contabilizam mais de 1,9 milhão de atendimentos, em 16 meses*. São Luís, 10 jul. 2021. Disponível em: https://www3.ma.gov.br/agenciadenoticias/?p=311589. Acesso em: 6 out. 2021.

OPAS. *OMS declara emergência de saúde pública de importância internacional por surto de novo coronavírus*. [*S. l.*], 30 jan. 2020. Disponível em: https://www.paho.org/pt/news/30-1-2020-who-declares-public-health-emergency-novel-coronavirus. Acesso em: 16 jan. 2021.

PINTO, I. C. M. *et al*. Níveis de atenção, produção de serviços e cobertura do SUS. *In*: PAIM, J. S. (org.). *Sistema Único de Saúde*: tudo que você precisa saber. Rio de Janeiro: Atheneu, 2019. p. 189-218.

PLANO Estadual de Saúde 2016-2019. *Revista Baiana de Saúde Pública*. Salvador: Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, v. 40, 2016. Suplemento 3. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/10/Plano-Estadual-de-Saude_Revista40-Sup3-2016-PES2016-2019.pdf. Acesso em: 14 nov. 2021.

PLANO Estadual de Saúde 2020-2023. *Revista Baiana de Saúde Pública*. Salvador: Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, v. 44, 2020. Supl. 1. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2021/10/PES-2020-2023-VERSAO-FINAL.pdf. Acesso em: 14 nov. 2021.

ROMANO, C. M. C.; SCATENA, J. H. G. A relação público-privada no SUS: um olhar sobre a assistência ambulatorial de média e alta complexidade na região de saúde da Baixada Cuiabana em Mato Grosso. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 48, n. 2, p. 439-458, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122014000200008. Acesso em: 22 maio 2020.

SOLLA, J. J. S. P.; PAIM, J. S. Relações entre atenção básica, média e alta complexidade: desafios para a organização do cuidado no Sistema Único de Saúde. *In*: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (org.). *Saúde Coletiva*: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 343-352.

SOLLA, J.; CHIORO, A. Atenção ambulatorial especializada. *In*: GIOVANELLA, L. *et al*. (org.). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 547-576.

TESSER, C. D.; POLI NETO, P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 941-951, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002300941&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 maio 2020.

CAPÍTULO 3

Um olhar sobre o familiar cuidador do paciente com transtorno mental grave

LEÍZA NAZARETH TORRES LISBOA
RUDVAL SOUZA DA SILVA

Introdução

Assumir o cuidar de um ente adoecido, em muitos momentos da vida, é uma condição que pode surgir de modo inesperado. E para a família é uma condição imposta pelas circunstâncias da vida de modo que os familiares não se encontram preparados para assumir esse papel. Assim, em muitas histórias familiares, aquele que se encarrega dessa responsabilidade passa a priorizar as necessidades da pessoa que cuida e a negligenciar o cuidar de si, o que tende a direcionar para uma sobrecarga intensa, comprometendo a saúde, lazer, vida social, rotina, relação com outros membros da família ou amigos e até mesmo a vida profissional.

Nessa perspectiva, o presente capítulo traz como objetivo discutir o cuidado na perspectiva do familiar de um ente com transtorno mental grave e suas interfaces com as políticas públicas no contexto da saúde mental.

O ser familiar cuidador do paciente com transtorno mental grave

Existem diversas definições dadas à palavra família. Segundo o dicionário Michaelis, a família é definida como o

> conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, que vivem sob o mesmo teto; ascendência, linhagem, estirpe; pessoas do mesmo sangue ou não, ligadas por casamento, filiação, adoção; grupo de pessoas ligadas por interesses em comum, convicções, crenças (Família, c2020).

Nessa perspectiva, e diante de uma diversidade de conceitos sobre o mesmo tema, neste capítulo assume-se como definição para família um grupo de pessoas que estão vinculadas pelo afeto, possuem interesses e valores culturais e/ou sociais em comum, compartilham convivência e cuidados, independentemente dos laços sanguíneos (Brasil, 2013).

A família tem diversas funções e dentre elas está a de dar apoio emocional e estabilidade social, que envolve o senso de responsabilidade, capacidade, solidariedade e aceitação, auxilia no estabelecimento de identidades sociais, além de fornecer papéis que nos localizam dentro de uma ordem social (Carmignani, 2005). Nesse sentido, independentemente das mudanças do conceito de família, ela mantém as funções de transmitir valores, contribuir para a formação do sujeito e do cuidado mútuo.

A idealização e a supervalorização das relações familiares, principalmente da família nuclear, foram palco para muitas teorias, entre elas a psicopatologia familiar, centrada na investigação dos transtornos familiares, o que possibilitou a ampliação do conhecimento nessa área, mas também a maior culpabilização da família, levando posteriormente a intensificação do sofrimento dos familiares que assumiram toda a responsabilidade pelo adoecimento de um parente (Melman, 2006).

Quando há um membro familiar em sofrimento mental, a família precisa se adaptar a essa nova realidade, muitas vezes imprevista, o que pode gerar sentimentos de preocupação e ansiedade. Esses sentimentos, assim como o medo, a vergonha, a revolta, são ampliados devido ao estigma, o preconceito e a exclusão que acompanham o sujeito em sofrimento psíquico. Nesse sentido, a família precisa lidar com o tratamento do ente adoecido, mas principalmente com a representação social de incapacidade e periculosidade associada aos transtornos mentais, o que acaba por desenvolver preconceitos entre os próprios familiares (Schrank; Olschowsky, 2008).

Percebe-se, dessa forma, que as emoções negativas geralmente se tornam presentes quando as manifestações decorrentes do sofrimento mental do familiar se tornam públicas, evidenciando o quanto a sociedade ainda não aceita o que foge às normas sociais pré-estabelecidas, promovendo assim a exclusão social (Vicente *et al.*, 2013).

Enquanto as pessoas com doenças clínicas, relacionadas ao corpo objeto, recebem atenção em momentos de crises, as crises relacionadas ao corpo sujeito, marcantes nas pessoas em sofrimento psíquico, geralmente são percebidas como passíveis de punição, já que estão associadas a comportamentos agressivos, perpetuando os estigmas em relação a esses indivíduos, que se tornam vítimas de humilhações, violências interpessoais – vizinhos, parentes e até de desconhecidos – e institucionais – serviços de saúde, educacionais, dentre outros –, o que trazem por si os impactos também às suas famílias (Nunes; Torrenté, 2009).

Compreende-se, portanto, que a nossa sociedade não está preparada para cuidar e acolher as pessoas em sofrimento mental. Assim, estas acabam sendo vítimas de preconceitos e marginalização afetiva e social e, nesse sentido, o ambiente familiar desses sujeitos pode ser também uma realidade de preconceito e exclusão, pois quando a família não possui entendimento sobre essa temática, passa a acreditar que os comportamentos apresentados pelos usuários podem ser controlados por eles, o que pode aumentar o sofrimento, a exclusão e o estigma em relação às pessoas em sofrimento psíquico. Dessa forma, é necessário que os familiares recebam orientações e acolhimento a fim de (re)elaborar seus sentimentos e entender o seu papel diante da pessoa em sofrimento psíquico e assim poder lidar de forma mais positiva com a situação, além de ser uma rede de apoio para o familiar adoecido, contribuindo com seu tratamento (Melman, 2006; Nascimento; Leão, 2019).

O adoecimento de um membro familiar também pode ser visto como uma ruptura na trajetória de vida, surgindo a necessidade de novas maneiras de lidar com o cotidiano, provocando impacto nas rotinas, hábitos, costumes e o surgimento de conflitos e dúvidas acerca do adoecimento. Importante ressaltar que os familiares ainda precisam lidar com os julgamentos e a responsabilização do adoecimento, o que leva ao sentimento de culpa e a busca por possíveis erros cometidos por eles que podem justificar ou explicar sofrimento psíquico do seu parente, abalando o ideal na autoconfiança da família, provocando sentimentos como vergonha, impotência e destruindo as expectativas em relação

aos projetos futuros do familiar em sofrimento psíquico (Melman, 2006; Mendonça; Almeida, 2017).

Observa-se então que a família se (re)organiza da forma que é possível para cuidar da pessoa em sofrimento psíquico, entretanto as estratégias encontradas nem sempre são suficientes ou benéficas para todo o grupo familiar. Cuidar de pessoas em sofrimento mental tem sido descrito como intenso, prolongado, carecendo de serviços de apoio ao cuidador. A convivência constante com a pessoa em sofrimento psíquico pode provocar conflitos e situações de estresse, colaborando para o surgimento do esgotamento físico e emocional nesses familiares e muitos deles desenvolvem transtornos psicológicos como ansiedade e depressão, que podem provocar consequências negativas, tanto no contexto familiar quanto no contexto social e do trabalho (Barnhart *et al.*, 2019; Mendonça; Almeida, 2017; Nascimento; Leão, 2019).

Cuidar faz parte da vida, seja ela humana ou animal. Independentemente da forma como esse cuidado ocorre, ele sempre existiu, em diferentes tempos, contextos históricos ou sociais, pertencente às relações, e geralmente o cuidar está relacionado a produzir vida, apoio, suporte e solidariedade (Feuerwerker, 2016).

Entretanto, o processo de cuidar de um ente adoecido pode ocorrer de forma inesperada, sem preparo dos familiares para assumir esse papel e, muitas vezes, após encarregarem-se dessa responsabilidade, passam a priorizar as necessidades da pessoa que cuidam não cuidando de si, o que pode levar a uma sobrecarga intensa, comprometendo a saúde, lazer, vida social, rotina, relação com outros membros da família ou amigos e a vida profissional. Percebe-se também que esses familiares, muitas vezes, não conseguem entender as alterações de comportamentos e humor do usuário, não sabendo lidar com a crise ou em situações de maior estresse. Esse contexto decorrente do convívio traz repercussões aos familiares, entre elas a sobrecarga física e emocional (Soares; Munari, 2007).

A sobrecarga pode ser entendida como o impacto resultante em ter uma pessoa em sofrimento psíquico na família. Pode ser classificada em sobrecarga objetiva, aquela em que é possível observar com maior clareza as consequências mais concretas, como as alterações na dinâmica familiar, perdas financeiras, cuidados com a higiene, alimentação do usuário, manejo com os comportamentos agressivos, dentre outros. E a sobrecarga subjetiva, a qual faz referência aos sentimentos e os incômodos relacionados ao contexto desse cuidado, como tristeza, vergonha, culpa, raiva, dentre outros sentimentos (Bandeira; Calzavara; Castro, 2008).

Uma outra problemática relacionada a esse contexto é a dificuldade de conciliar o trabalho e o cuidado ao familiar em sofrimento mental grave, o que pode provocar a redução da jornada de trabalho ou até mesmo o seu abandono pelo cuidador. Geralmente esse ônus recai sobre as mulheres, acarretando perdas e dificuldades financeiras, o que pode agravar condições precárias pré-existentes e o empobrecimento familiar (Bajil *et al.*, 2019; Fernandes, 2009; Rosa, 2011).

Para além do que já foi ponderado sobre o ser familiar cuidador do paciente com transtorno mental grave, não podem ser negligenciadas as questões de gênero. Assim, é importante destacar o papel da mulher nos cuidados. À mulher é atribuído socialmente o papel da "cuidadora de referência", sendo a mãe a figura mais marcante e presente com relação ao centro da prestadora de cuidado. Nesse lugar, vem também a mulher esposa, filha, nora ou irmã, o que demonstra que a questão do cuidado aos familiares passa por uma questão de gênero, haja vista que historicamente foi imposto à mulher a função de cuidar das atividades do lar e da família, mesmo em situações em que não há adoecimento (Fernandes, 2009; Navarro Pérez; Carbonell Marqués, 2018; Pegoraro; Caldana, 2008; Rosa, 2011; Salazar-Torres; Castro-Alzate; Dávila-Vásquez, 2017).

Desse modo, mesmo tendo conquistado maior reconhecimento e poder na sociedade, as mulheres ainda sofrem com diversos tipos de opressão devido à desigualdade de gênero e da sobrecarga, já que acumulam tarefas na esfera pública e privada (Rosa, 2011). Nessa perspectiva, Hespanha e demais autores (2012) problematizam os papéis sociais femininos e masculinos relacionados ao cuidar não remunerado, chamando a atenção para a resistência dos homens em assumirem esse lugar.

O cuidar do paciente com transtorno mental grave e suas interfaces com as políticas públicas brasileiras

A Constituição Federal de 1988 prevê o suporte do Estado brasileiro para com os cuidados à pessoa com transtorno mental grave, quando garante que a saúde é direito de todos e dever do Estado. Todavia, na prática o que é visto e vivenciado são as famílias sem esse suporte e assumindo o papel solitário como a principal responsável pelos cuidados prestados aos usuários dos serviços de saúde mental (Rosa, 2011).

Atualmente, no Brasil, o principal mecanismo de segurança e renda destinado às pessoas com deficiência, incluindo alguns tipos de transtorno mental, é o Benefício de Prestação Continuada (BPC), que é uma transferência incondicional de renda no valor de um salário mínimo destinado às pessoas de baixa renda com deficiência ou acima de 65 anos, garantido pela Constituição Federal de 1988, regulamentado pela Lei n° 8.742, de 07 de dezembro de 1993 (Lei Orgânica de Assistência Social) e efetivado em 02 de janeiro de 1996, tendo como objetivo promover a justiça social (Brasil, 1993).

Os beneficiários do BPC relatam que a concessão dessa prerrogativa aumentou a independência social e financeira destes em relação às suas famílias, proporcionando maior autonomia e cidadania, e o benefício foi compreendido como um instrumento capaz de proteger os beneficiários e suas famílias de situações de vulnerabilidade social resultante da pobreza, desemprego e emprego informal, tornando-se fundamental para a aquisição de bens básicos e o sustento dos beneficiários, visto que, em quase 50% das famílias, o BPC se configura como a única renda regular que possuem (Santos, 2011; Sposati, 2004).

Importante lembrar que o BPC é um direito e é uma das expressões mais concretas da política de proteção social no Brasil, possibilitando o acesso de bens e serviços àqueles que vivem à margem da sociedade, dentre eles as pessoas em sofrimento psíquico grave, que sofrem com as sequelas da exclusão social e do capitalismo.

Entretanto, nem todas as pessoas em sofrimento psíquico têm acesso ao benefício, já que é necessário atender alguns requisitos relacionados ao tipo de deficiência e à incapacidade de participação plena na sociedade, idade, renda familiar e não ter nenhum outro benefício, o que acaba excluindo muitos usuários de serviços de saúde mental, já que nem sempre o sofrimento psíquico está atrelado à incapacidade laboral.

E diante da crise política e social que o Brasil vem passando com o atual governo, no ano de 2020, o então presidente Jair Messias Bolsonaro assinou uma Medida Provisória n° 1.023, de 31 de dezembro de 2020, trazendo um maior abismo às desigualdades sociais, quando tal medida reduz o parâmetro da renda mensal para um valor inferior a um quarto do salário mínimo (Brasil, 2020), diminuindo com isso as chances de muitos brasileiros de terem o direito ao benefício. Tal medida conclama a sociedade para a necessidade de estar

atenta às armadilhas e estratégias políticas antissociais que envolvam perdas de direitos, em especial, das populações mais vulneráveis.

Para além do apoio material do Estado, é importante também que a família tenha suporte e acompanhamento constante dos serviços de saúde mental. Aqui, vale lembrar que o modelo de assistência à saúde mental no Brasil era centrado no hospital psiquiátrico e a família era distanciada do cuidado do seu ente adoecido, já que o manicômio era o lugar de "tratamento" e as visitas não eram permitidas, o que gerava sentimento de culpa nos familiares (Melman, 2006; Navarini; Hirdes, 2008).

Com a Reforma Psiquiátrica, iniciada na década de 1970, o modelo de assistência às pessoas com sofrimento psíquico foi modificado e as políticas de saúde mental passaram a ser orientadas à comunidade e à família. Dentre esses serviços, destacam-se os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), que são serviços de saúde destinados a atender diariamente pessoas em sofrimento psíquico intenso no território, oferecendo cuidados clínicos e atenção psicossocial, evitando internações, de forma a reinseri-los na vida comunitária e familiar, a partir de estratégias do acesso ao trabalho, lazer e exercícios de direitos (Brasil, 2004).

Os Caps atuam tanto com os usuários, a fim de promover sua autonomia e reinserção social, como também na organização do cuidado, trabalhando junto às equipes de saúde da família e agentes comunitários de saúde, promovendo o acionamento de recursos intersetoriais necessários. A estratégia de cuidado ao usuário ofertada pelo Caps ocorre a partir de estratégias, dentre as quais vale destacar o Projeto Terapêutico Singular (PTS), que é um conjunto de atendimento dentro e fora do serviço, construído pela equipe junto ao usuário e sua família, respeitando a singularidade do sujeito atendido (Brasil, 2004). As ações voltadas para a utilização dos espaços comunitários e do território devem ser privilegiadas pelos serviços de atenção psicossocial, a fim de viabilizar a inclusão social das pessoas em sofrimento mental (Nascimento; Leão, 2019).

A equipe técnica que compõe os Caps é multiprofissional, podendo ser composta por médicos psiquiatras, médicos clínicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos, professores de educação física, farmacêuticos ou qualquer outro profissional de nível superior, justificado pelo projeto terapêutico. Além disso, há os profissionais de nível médio como

técnicos de enfermagem, técnicos administrativos, artesãos e os profissionais do setor de higienização (Brasil, 2004).

Os trabalhadores do campo da saúde mental são convocados a pensar em possibilidades participativas de abordagens, em que os usuários, suas famílias e comunidade sejam protagonistas, além de terem um papel na desconstrução da visão biomédica e reducionista em relação ao sofrimento mental, indo além do diagnóstico (Brasil, 2004), colocando a doença "entre parênteses", como foi proposto por Franco Basaglia (Amarante, 2007).

Assim, o trabalho realizado com os usuários e suas famílias tem como objetivo possibilitar um cuidado baseado na singularidade de cada sujeito, na promoção da sua autonomia e reintegração à sua comunidade, e para atingir esse objetivo é necessária a aproximação com a rede de atenção à saúde – atenção básica, ambulatórios, hospitais gerais – e com o território, possibilitando a diluição do cuidado familiar e amenizando a sobrecarga vivenciada por eles (Mendonça; Almeida, 2017).

Nesse sentido, o modelo de atenção psicossocial permite que esses sujeitos que sofrem convivam com suas famílias e com a comunidade e, para que esse convívio seja positivo, é fundamental que o serviço de saúde mental faça parte de uma rede de apoio bem articulada que possibilite a continuidade desse cuidado e a participação da família é fundamental a fim de garantir a autonomia e protagonismo desse sujeito. Todavia, para que essa participação ocorra é necessária a vinculação entre os profissionais, familiares, usuário e comunidade, visto que essa relação vincular permite que seja fortalecido o compartilhamento dos cuidados e a organização de modos diversos de conviver em sociedade (Schrank; Olschowsky, 2008).

Desse modo, ainda retomando as ponderações feitas por Schrank e Olschowsky (2008), a vinculação possibilita parceria e um melhor atendimento às necessidades do usuário e da família, o maior comprometimento da família nos cuidados com o sujeito em sofrimento psíquico, podendo promover maior autonomia, favorecendo as ações de inclusão social e restaurando seu lugar de cidadão na sociedade, além de fortalecer as relações familiares. Outro aspecto importante dessa relação vincular é a desconstrução dos estigmas e preconceitos relacionados ao sofrimento psíquico, o qual se configura como um fator de resistência da participação familiar nos cuidados com os usuários dos serviços de saúde mental. Para vencer tal barreira, é importante reconhecer que as

trocas de informações, a escuta qualificada e o esclarecimento de dúvidas são estratégias que caminham para uma possibilidade de descobrir novas formas de viver e agir a partir da singularidade de cada indivíduo.

Melman (2006) ressalta que assistir os familiares na gestão da vida cotidiana e nas interações sociais dos usuários ameniza o nível de sobrecarga e estresse do familiar cuidador, além de possibilitar maior qualidade de vida e de colaborar para o surgimento de estratégias de cuidado participativas. Nesse sentido, uma abordagem holística de atenção aos familiares, além do acionamento de recursos comunitários, podem ser estratégias importantes para amenizar a sobrecarga vivenciada por esses familiares cuidadores (Trindade *et al.*, 2017).

Dessa forma, as estratégias de intervenção voltadas para o fortalecimento da rede familiar/social da pessoa em sofrimento psíquico intenso são fundamentais para a ampliação de possibilidades de cuidado, assim como de maior suporte afetivo ao usuário e à sua família, melhorando a qualidade de vida de todos.

O conceito de rede social de sustentação – *social network* –, proposto por Sluski (1997), descreve a rede social como um conjunto de todas as relações que um sujeito percebe como relevante, equivalente a um nicho particular no qual ele pode se expressar de forma singular. Nessa perspectiva, o conceito de rede social permite que os trabalhadores em saúde mental se apropriem do território social do usuário do serviço e sua família, o que expande as estratégias de intervenção a fim de mobilizar diversos recursos internos e externos, muitas vezes esquecidos pelos familiares cuidadores e que podem trazer benefícios, além de reforçar o suporte afetivo e social do usuário (Rosa, 2011).

Uma rede social enfraquecida, por sua vez, traz impactos negativos para a vida do sujeito. Durkheim (2000) já apontava em seu estudo sobre suicídio que indivíduos que experienciavam isolamento social tinham maior probabilidade de cometer suicídio, o que demonstra o quanto a dimensão social é relevante para a existência humana (Nunes *et al.*, 2008).

Nessa perspectiva, é importante que os serviços de saúde mental, em especial os Caps, vislumbrem que o cuidado ao sujeito em sofrimento psíquico precisa ser extramuros, pensando nesse sujeito como um cidadão que precisa ser reinserido na sua comunidade, ter seus direitos garantidos, ter acesso à lazer, à vida social, à inserção no mercado de trabalho, o que pode impactar positivamente a vida desse usuário, inclusive na diminuição da dose de medicação

e redução dos sintomas (Nunes *et al.*, 2008), o que também beneficia os familiares, reduzindo o nível e sobrecarga.

Por fim, é preciso chamar a atenção para a necessidade de organização dos trabalhadores de saúde mental, usuários, familiares e da sociedade civil, de modo que estes estejam atentos às tentativas de desmonte da política de saúde mental que vem ocorrendo no Brasil. Não podendo deixar de mencionar todo o movimento de desmonte do que vinha sendo construído a partir da Reforma Psiquiátrica, considerando que em dezembro de 2017 o MS instituiu a "nova" política de saúde mental, resgatando a lógica manicomial, focando o cuidado na internação asilar, priorizando o tratamento médico centrado e o fim do financiamento do SUS para os serviços fundamentais como os Consultórios na Rua, unidades de acolhimento e os serviços residenciais terapêuticos (Brasil, 2017). Assim sendo, é essencial que a sociedade permaneça vigilante a fim de garantir que o cuidado às pessoas em sofrimento psíquico continue acontecendo com liberdade, responsabilidade e no território.

Referências

AMARANTE, P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BANDEIRA, M.; CALZAVARA, M. G. P.; CASTRO, I. Estudo de validade da escala de sobrecarga de familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 57, n. 2, p. 98-104, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v57n2/a03v57n2.pdf. Acesso em: 14 out. 2022.

BAJIL, P. *et al*. The burden of informal caregiving in Hungary, Poland and Slovenia: results from national representative surveys. *The European Journal of Health Economics*, [Berlin], v. 20, n. 1, p. 5-16, 2019 Disponível em: https://doi.org/10.1007/s10198-019-01058-x. Acesso em: 2 maio 2022.

BARNHART, W. R. *et al*. *Physical and mental health of caregivers*: an analysis of national Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS). 2009. Trabalho apresentado no Behavioral Risk Factor Surveillance System Meeting, Atlanta, 2019. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/332351245_Physical_and_Mental_Health_of_Caregivers_An_Analysis_of_National_Behavioral_Risk_Factor_Surveillance_System_BRFSS_Data/link/5cb4c5a292851c8d22edfb22/download. Acesso em: 4 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as portarias de consolidação no 3 e no 6 de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção

psicossocial e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 154, n. 245, p. 236-238, 22 dez. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em: 20 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Saúde mental*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. *Saúde Mental no SUS*: os centros de atenção psicossocial. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Presidência da República. Medida Provisória nº 1.023, de 31 de dezembro de 2020. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, para dispor sobre o benefício de prestação continuada. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 158, n. 250-D, p. 1, 31 dez. 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2020/Mpv/mpv1023.htm. Acesso em: 27 jan. 2022.

CARMIGNANI, M. C. S. *Viver ao lado da deficiência mental*. São Paulo: Vetor, 2005.

DURKHEIM, É. *O suicídio*: estudo de sociologia. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

FAMÍLIA. *In*: MICHAELIS: dicionário brasileiro da língua portuguesa. São Paulo: Melhoramentos, c2020. Disponível em: http://michaelis.uol.com.br/busca?id=A124&aff_source=56d95533a8284936a374e3a6da3d7996. Acesso em: 13 maio 2022.

FERNANDES, J. J. B. R. *Cuidar no domicílio*: a sobrecarga do cuidador familiar. 2009. Dissertação (Mestrado em Cuidados Paliativos) – Universidade de Lisboa, Lisboa, 2009. Disponível em: https://repositorio.ul.pt/handle/10451/1088. Acesso em: 19 abr. 2022.

FEUERWERKER, L. C. M. Cuidar em saúde. *In*: FEUERWERKER, L. C. M.; BERTUSSI, D. C.; MERHY, E. (org.). *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde*: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. p. 35-47.

HESPANHA, P. *et al. Doença mental, instituições e famílias*: os desafios da desinstitucionalização em Portugal. Coimbra: Almedina: CES, 2012.

MELMAN, J. *Família e doença mental*: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. 2. ed. São Paulo: Escrituras, 2006.

MENDONÇA E. S.; ALMEIDA, M. H. S. Um olhar à família: ressonâncias psicossociais em familiares que convivem com uma pessoa em situação de transtorno mental. *Barbarói*, Santa Cruz, n. 49, p. 1-24, 2017. Disponível em: http://dx.doi.org/10.17058/barbaroi.voi49.6617. Acesso em: 2 abr. 2022.

NASCIMENTO, L. A.; LEÃO, A. Estigma social e estigma internalizado: a voz das pessoas com transtorno mental e os enfrentamentos necessários. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 103-121, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/hcsm/v26n1/0104-5970-hcsm-26-01-0103.pdf. Acesso em: 30 abr. 2022.

NAVARINI, V.; HIRDES, A. A família do portador de transtorno mental: identificando recursos adaptativos. *Texto & Contexto – Enfermagem*, Santa Catarina, v. 17, n. 4, p. 680-688, 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/08.pdf. Acesso em: 3 jan. 2022.

NAVARRO PÉREZ, J. J.; CARBONELL MARQUÉS, A. Family burden, social support and community health in caregivers of people with serious mental disorder. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 52, p. 1-7, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reeusp/a/VDDTb87zr6jkqVM7DMr8v6f/?lang=en&format=pdf. Acesso em: 11 maio 2022.

NUNES, M. *et al*. A dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um Centro de Assistência Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 188-196, 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/yb6zPrNd3jdvMHRP5C6LLnn/abstract/?lang=pt. Acesso em: 1 jun. 2022.

NUNES, M.; TORRENTÉ, M. de. Estigma e violências no trato com a loucura: narrativas de centros de atenção psicossocial, Bahia e Sergipe. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, p. 101-108, 2009. Supl. 1. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rsp/v43s1/752.pdf. Acesso em: 25 jan. 2022.

PEGORARO, R. F.; CALDANA, R. H. L. Sofrimento psíquico em familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). *Interface*: comunicação, saúde, educação, Botucatu, v. 12, n. 25, p. 295-307, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/icse/v12n25/a06v1225.pdf. Acesso em: 8 set. 2022.

ROSA, L. *Transtorno Mental e o cuidado na família*. São Paulo: Cortez, 2011.

SALAZAR-TORRES, L. J.; CASTRO-ALZATE, E. S.; DÁVILA-VÁSQUEZ, P. X. Carga del cuidador en familias de personas con enfermedad mental vinculadas al programa de hospital de día de una institución de tercer nivel en Cali (Colombia). *Revista Colombiana de Psiquiatría*, Bogotá, v. 48, n. 2, p. 88-95, 2017. DOI: http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2017.08.002. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0034745017301129?via%3Dihub. Acesso em: 6 abr. 2022.

SANTOS, W. R. dos. Deficiência e BPC: o que muda na vida das pessoas atendidas? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 787-796, 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a09v16s1.pdf. Acesso em: 22 jan. 2022.

SCHRANK, G.; OLSCHOWSKY, A. O centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para a inserção da família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 127-134, 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/17.pdf. Acesso em: 7 jan. 2022.

SLUZKI, C. E. *A rede social na prática sistêmica*: alternativas terapêuticas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

SOARES, C. B.; MUNARI, D. B. Considerações acerca da sobrecarga em familiares de pessoas com transtornos mentais. *Ciência, Cuidado e Saúde*, Maringá, v. 6, n. 3, p. 357-362,

2007. Disponível em: https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/4024/2717. Acesso em: 26 maio 2022.

SPOSATI, A. (org.). *Proteção social de cidadania*: inclusão de idosos e pessoas com deficiência no Brasil, França e Portugal. São Paulo: Cortez, 2004.

TRINDADE, I. *et al*. Caracterização do grau de sobrecarga dos cuidadores de utentes dependentes da Unidade de Saúde Familiar USF Descobertas. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, v. 33, n. 3, p. 178-186, 2017. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpmgf/v33n3/v33n3a03.pdf. Acesso em: 31 mar. 2022.

VICENTE, J. B. *et al*. Acceptance of patients with mental illness: a family perspective. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 34, n. 2, p. 54-61, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rgenf/a/qx4WcPSHcV5bRw49mhpRXTB/?lang=pt. Acesso em: 22 set. 2022.

CAPÍTULO 4

Vulnerabilidade das pessoas em situação de rua

especificidades na produção do cuidado em saúde

PAULA SOUSA CALDAS
RAFAEL COELHO RODRIGUES
RUDVAL SOUZA DA SILVA
SILVANA LIMA VIEIRA

Notas preliminares sobre a produção de cuidado de pessoas em situação de rua

A População em Situação de Rua (PSR) é definida no Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, que cria a Política Nacional para a PSR, como:

> [...] o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória (Brasil, 2009a, p. 1).

Essa população é composta predominantemente por homens (82%), negros (67%) e trabalhadores que exercem alguma atividade remunerada (70%), jovens

(43,21% dos homens e 52,23% das mulheres até 35 anos), com baixa escolaridade (17,1% é analfabeto). Os principais motivos que os levaram à situação de rua foram o desemprego (29,8%), conflitos familiares (29,1%) e alcoolismo/drogas (35,5%) (Brasil, 2009b).

O Brasil não conta com dados oficiais sobre a PSR, o que prejudica a implementação de políticas públicas voltadas para essas pessoas e aumenta a invisibilidade social dessa população no âmbito das políticas sociais (Natalino, 2016). A estimativa da população de rua, realizada por Natalino (2020), que considera dados de setembro de 2012 a março de 2020, indica que essa população soma pouco mais de 220 mil pessoas, sendo 83% em municípios de grande porte – mais de 100 mil habitantes – e cerca de 73% concentrada no Sudeste (56,2%) e Nordeste (17,2%).

O Manual sobre o Cuidado à Saúde junto à PSR, publicado em 2012 pelo Ministério da Saúde (MS) (Brasil, 2012), aborda sobre a vida na rua e a exposição aos problemas de saúde que ela traz, devido à vulnerabilidade à violência, à alimentação incerta e sem condições de higiene, à pouca disponibilidade de água potável, à privação de sono e afeição e à dificuldade de adesão a tratamento de saúde. Além disso, refere como alguns dos problemas de saúde mais recorrentes nessa população as complicações nos pés, infestações, Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), gravidez de alto risco, doenças crônicas, consumo de álcool e drogas, saúde bucal e tuberculose.

Em meio a várias questões, como o contexto de extrema vulnerabilidade que a PSR se encontra, a política de guerra às drogas, as incipientes políticas públicas efetivas voltadas a essa população e o modo de funcionamento da Justiça Penal, muitas vezes, essas pessoas são presas em flagrante e encaminhadas à audiência de custódia.

A audiência de custódia é um instrumento processual, lançado em fevereiro de 2015 pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ), visando a redução do uso da prisão preventiva, que determina que toda pessoa presa em flagrante deva ser levado à presença da autoridade judicial, no prazo de 24 horas, para que seja avaliada a legalidade e necessidade de manutenção da prisão (Brasil, 2015).

Diante das questões apresentadas e das lacunas científicas sobre o tema, formulou-se a seguinte pergunta de investigação: como as condições de vulnerabilidade das pessoas em situação de rua que passaram pelas audiências de

custódia interferem na produção do seu cuidado e saúde? Esse estudo faz parte da pesquisa de mestrado intitulada "Entrelaçamentos saúde e justiça: cuidado às pessoas em situação de rua presas em flagrante" que objetivou compreender como as condições de vulnerabilidade das pessoas em situação de rua presas em flagrante interferem na produção do seu cuidado e saúde.

Conceito de vulnerabilidade

Carmo e Guizardi (2018) apontam que a utilização do termo vulnerabilidade em saúde começou no início dos anos 1980, com os estudos sobre a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), compartilhando conceituações da área dos direitos humanos. Tais autores destacam que, conforme a evolução da epidemia (mudança no perfil das pessoas atingidas e variáveis socioeconômicas), foram realizadas novas associações ao contexto da infecção, o que possibilitou repensar a ideia sobre os "grupos de risco" quando, então, foi incluído o conceito de vulnerabilidade. Esse conceito sinaliza a ampliação das chances e formas de acometimento pela doença pela totalidade da população.

Inspirado pelo conceito de vulnerabilidade de Mann e Tarantola, Ayres e demais autores (2006) se apropriam dessa formulação e a adaptam a questões pertinentes à Reforma Sanitária Brasileira, à luta pelo direito à saúde e à resposta brasileira à AIDS, procurando enfatizar as categorias analíticas da vulnerabilidade social e programática, introduzido o conceito de intersubjetividade e ampliado a discussão sobre os direitos humanos (Sousa, 2014).

Ayres, Paiva e França Junior (2012) apontam que o conceito de vulnerabilidade é caracterizado por "um conjunto de aspectos individuais e coletivos relacionados à maior suscetibilidade de indivíduos e comunidades a um adoecimento ou agravo e, de modo inseparável, menor disponibilidade de recursos para sua proteção". Segundo os autores, o modelo de vulnerabilidade está conformado por três planos interdependentes de determinação e, consequentemente, de apreensão da maior ou da menor vulnerabilidade do indivíduo e da coletividade: a vulnerabilidade individual, a vulnerabilidade social e a vulnerabilidade programática.

O conceito de vulnerabilidade aplicado ao campo da saúde, conforme Ayres, Paiva e França Junior (2012), resulta de um processo de interseções entre o ativismo político frente à epidemia e ao movimento dos direitos humanos.

Eles sinalizam que o início da análise de vulnerabilidade se dá por um distúrbio de saúde específico, no qual o objetivo é identificar, de forma minuciosa, os fatores mentais, físicos ou comportamentais que podem expor um indivíduo a esse distúrbio por meio de avaliações de risco e outras abordagens (vulnerabilidade individual). A próxima etapa analítica concentra-se no nível coletivo, que compreende dois componentes: a dimensão social – com foco nos fatores culturais, morais, políticos, econômicos e institucionais que podem determinar os meios de exposição determinados no nível analítico anterior (vulnerabilidade social) – e a análise do programa. Essa última examina as maneiras pelas quais as políticas, programas e serviços podem interferir nessas situações sociais e individuais (vulnerabilidade programática).

Nesse sentido, teve-se como objetivo para este capítulo compreender como as condições de vulnerabilidade das pessoas em situação de rua presas em flagrante interferem na produção do seu cuidado e saúde.

Percurso metodológico

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa exploratória, com abordagem qualitativa, cujo método utilizado foi análise de dois casos de pessoas assistidas pelo Programa Corra pro Abraço, por meio dos registros no Plano de Acompanhamento do Cuidado (PAC).

Esse lócus da pesquisa é uma iniciativa da Secretaria de Justiça, Direitos Humanos e Desenvolvimento Social (SJDHDS) do estado da Bahia, coordenada pela Superintendência de Políticas sobre Drogas e Acolhimento a Grupos Vulneráveis (Bahia, 2016).

Utilizou-se amostragem de caso típico, analisando casos que trazem aspectos comuns e peculiares a outras pessoas em situação de rua que passaram pela audiência e considerando aqueles com dados completos no PAC, sendo casos que caracterizam a vulnerabilidade abordada na presente pesquisa. Considerou-se dois casos um número interessante que permitiu realizar uma análise mais aprofundada deles.

O PAC é um instrumento individual utilizado no Programa Corra pro Abraço para o acompanhamento longitudinal dos casos identificados destinado a registrar informações de caráter psicossocial, assistencial e socioantropológico sobre os usuários e os territórios em que vivem (Bahia, 2016).

No PAC foi possível ter acesso a dados sobre a história da pessoa e sobre o seu acompanhamento no programa nas demandas apresentadas. O instrumento, preenchido pelo profissional e construído junto ao assistido, contém os dados de identificação dele – nome, nome da mãe, data de nascimento, idade, sexo, RG, CPF, município de origem e raça/cor – e o campo das "dimensões da vida" que aborda sobre moradia, documentação, vínculos familiares, afetivos e comunitários, saúde, uso de Substâncias Psicoativas (SPAs), justiça, educação/vida econômica, sinalizando a situação atual, a meta do assistido, a estratégia utilizada pela equipe – intervenções e encaminhamentos – e avaliação das estratégias adotadas para cada dimensão. O PAC conta também com a descrição sobre a trajetória de vida da pessoa e o campo de evolução dos atendimentos – realizado a cada novo atendimento.

A coleta de dados iniciou após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado da Bahia (UNEB), que o avaliou conforme a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e lhe forneceu parecer favorável com número 26325919.4.0000.0057. Com o intuito de preservar o anonimato dos participantes, utilizou-se nomes fictícios nos casos apresentados.

Para a organização do material empírico, utilizou-se os passos de Bardin (2016) que consistem em tratamento do material, na transcrição e organização das narrativas; ordenação, momento em que ocorreu o mapeamento horizontal do material coletado; classificação, fase de identificação dos dados empíricos que embasaram as discussões; e por fim, a análise final, etapa em que ocorre o encontro da especificidade do objeto.

Buscou-se, assim, contextualizar os resultados da pesquisa com a produção bibliográfica, a partir do referencial teórico de Ayres e demais autores (2006), com os fundamentos e conceito de vulnerabilidade especificamente nas categorias de vulnerabilidade individual, programática e social, resultando em: o assistido; vulnerabilidade programática: os serviços; e vulnerabilidade social: a rua.

Resultados

Na seção a seguir, apresentaremos o caso e as vulnerabilidades que constituem o assistido.

Serviços que atendem a PSR em Salvador-Bahia

Nas entrevistas, os serviços mais referidos como os que prestam cuidado a PSR no município de Salvador-Bahia fazem parte de alguma política pública, seja do Sistema Único de Saúde (SUS), Sistema Único de Assistência Social (SUAS), acesso à Justiça e serviços de emissão de documentação. Também foi citado, nas entrevistas, que a população em situação de rua conta com uma rede de serviços vinculados às instituições religiosas que fornecem suporte a essas pessoas, ofertando locais de banho, alimentação e acolhimento temporário. Além dos citados, apareceram Organização Não Governamental (ONG) e o Programa Corra pro Abraço, enquanto programa de governo. Os serviços referidos nas entrevistas estão presentes no Quadro 1, bem como a rede da qual fazem parte.

Quadro 1 – Serviços que atendem população em situação de rua no município de Salvador – Bahia

Rede	Serviços
Assistência social	Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (CENTROPOP); Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS); Centro de Referência da Assistência Social (CRAS); Unidades de Acolhimento Institucional (UAI); Núcleo de Ações Articuladas para População em Situação de Rua (NUAR); Abordagem social; Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico); Cuidar.
Saúde	Centro de Atenção Psicossocial II/Álcool e outras Drogas (CAPS II/AD); Serviço de Atendimento Especializado (SAE); Consultório na Rua; Unidade de Pronto Atendimento (UPA); Obras Sociais Irmã Dulce (OSID)
Justiça	Central Integrada de Alternativas Penais (CIAP); Defensoria Pública do Estado
Documentação	Serviço de Atendimento ao Cidadão (SAC) e cartórios
Programa de governo	Programa Corra pro Abraço
Organização não governamental (ONG)	Projeto Axé
Instituições religiosas	Metanóia, Cristolândia, Irmã Violeta

Fonte: elaborado pelos autores.

O caso de Horácio e Antônio: os assistidos

Tendo em vista compreender como as condições de vulnerabilidade das pessoas em situação de rua presas em flagrante interferem na produção do seu cuidado e saúde foram analisados dois casos, de Horácio e Antônio – nomes fictícios.

> *Horácio, homem preto de 34 anos, encaminhado ao Programa após audiência de custódia há, aproximadamente, 03 anos. O assistido, no momento da coleta dos dados, respondia a 09 processos por furto de fio de cobre e relatou estar há 05 anos em situação de rua.*
>
> *Antônio, 39 anos, homem preto, foi encaminhado ao programa há 01 ano, após audiência de custódia, quando foi acusado do furto de um celular em uma região turística de Salvador.*

Vulnerabilidade individual: o assistido

A primeira categoria "o assistido" concatena com o conceito de vulnerabilidade individual e abrange temas relacionados a fatores individuais que se relacionam com a condição de vulnerabilidade do sujeito em situação de rua que foi preso em flagrante e passou por audiência de custódia.

Na análise dos casos identificou-se dois principais aspectos em relação a essa categoria: a questão do uso abusivo de substâncias SPAs e o rompimento dos vínculos afetivos.

Em relação ao primeiro tópico, nos dois casos identifica-se uma relação, na descrição dos casos, entre o uso abusivo de SPAs como causa ou consequência de uma desorganização psíquica que culmina na situação de rua, como destacado nos trechos a seguir.

> *Após separação da companheira, Horácio desorganizou-se, iniciando o uso de cocaína e crack, quando ficou em situação de rua, tendo sido preso logo após.*
>
> *No primeiro atendimento, Antônio estava bastante desorganizado psiquicamente, referiu estar em situação de rua e fazer uso de crack há 18 anos e possuir a residência da ex-cunhada como referência, pessoa com a qual relatava manter vínculo. Contou que a mãe morava em outro município e que várias vezes tentou levar ele para morar com ela, mas devido ao uso das drogas ele se manteve em situação de rua. Em atendimentos posteriores, sua mãe e irmão relataram que Antônio sempre foi uma pessoa muito inteligente e articulada, mas que devido ao uso de crack se desorganizou.*

Outro ponto identificado na análise dos casos se relaciona com o rompimento dos vínculos afetivos. No primeiro caso, o rompimento do vínculo com a companheira é trazido como causa da desorganização do assistido, que culminou no uso mais problemático da droga e situação de rua e no segundo, há o relato de que o uso da droga era o motivo para o assistido não retomar o convívio com a família.

Os dados corroboram com o que é apontado pela literatura, uma vez que o uso abusivo de SPAs e os conflitos familiares aparecem na revisão bibliográfica realizada por Hino, Santos e Rosa (2018) como alguns dos motivos que fazem com que as pessoas busquem a rua como local de moradia, junto à presença de doença mental, a migração, o desemprego, a pobreza extrema e a desilusão amorosa.

O uso abusivo de drogas é um problema de saúde pública atual, urgente e complexo. Gomes-Medeiros e demais autores (2019) sinalizam que a hegemonia atual das políticas de drogas ilícitas baseada no proibicionismo que gera a chamada "guerra às drogas" tem implicações à saúde coletiva que necessitam ser discutidas de forma aprofundada. Os autores apontam como os pontos mais problemáticos dessa abordagem a violência e a mortalidade por homicídios, os impactos sanitários do encarceramento e o bloqueio de acesso ao sistema de saúde e a novas terapias derivadas de substâncias psicoativas atualmente proscritas.

Considera-se uma visão crítica e ampliada para a questão do uso abusivo de drogas e suas consequências, para que se possa, de fato, propor estratégias de cuidado para as pessoas que fazem uso. Assim, a análise dos casos indica a importância de se considerar os aspectos subjetivos de cada um, percebendo que o uso da droga pode ocupar diferentes funções na vida de cada sujeito. Dessa forma, é fundamental compreender essa função, buscando entender, por exemplo, quando o uso da droga aparece como causa do rompimento de vínculos afetivos, como parece acontecer no caso de Antônio, ou quando surge como consequência do término de um vínculo importante para a pessoa, como apresentado no caso de Horácio.

É importante refletir sobre os aspectos citados e não considerar de antemão o uso de SPAs como a causa de todos os problemas das pessoas, visando que seja ofertado um cuidado efetivo, considerando o uso de SPAs como uma questão de saúde e afastando julgamentos morais, muitas vezes utilizados quando é prestado cuidado a essas pessoas. Além disso, objetiva-se também a criação de

estratégias de cuidado que, de fato, se relacionem com as demandas do sujeito. Também é importante não perder de vista os impactos já citados causados pela política de guerra às drogas que vão afetar sobremaneira as pessoas mais vulneráveis, como a PSR que faz uso de SPAs, dificultando seu acesso à saúde e tendo um modelo de assistência focado nas Comunidades Terapêuticas (CT). Estas são definidas na Resolução-RDC/Anvisa nº 101, de 30 de maio de 2001, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), como:

> serviços [urbanos ou rurais, de] atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas (SPA), em regime de residência ou outros vínculos de um ou dois turnos, segundo modelo psicossocial. São unidades que têm por função a oferta de um ambiente protegido, técnica e eticamente orientado, que forneça suporte e tratamento aos usuários abusivos e/ou dependentes de substâncias psicoativas, durante período estabelecido de acordo com programa terapêutico adaptado às necessidades de cada caso. É um lugar cujo principal instrumento terapêutico é a convivência entre os pares. Oferece uma rede de ajuda no processo de recuperação das pessoas, resgatando a cidadania, buscando encontrar novas possibilidades de reabilitação física e psicológica, e de reinserção social (Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2001, p. 3).

Perrone (2014) sinaliza que grande parte das CT não consta nos registros de nenhuma instituição regulamentadora. Além disso, conforme o Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas – 2017, elaborado pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), em 2018, destacam-se o caráter asilar desses estabelecimentos, uso de internações involuntárias e compulsórias, violação à liberdade religiosa, a exploração do trabalho como ferramenta de disciplina e as internações sem prazo de término. Assim, percebe-se que várias CT no Brasil atuam com práticas desumanas, manicomiais, sem preservar direitos humanos básicos.

Vulnerabilidade programática: os serviços

A categoria "os serviços" se relaciona com o conceito de vulnerabilidade programática e sinaliza aspectos da prática dos serviços que atuam entre os

assistidos e os contextos sociais que podem favorecer o acesso aos direitos sociais ou atuar aumentando a vulnerabilidade do grupo em questão.

Essa categoria abrange dois pontos, quais sejam: as medidas judiciais excessivas e a articulação entre os serviços, sendo que nesse ponto se destaca a (não) articulação entre os serviços da saúde e da justiça.

O primeiro tópico aborda a forma como a justiça lida com casos de pessoas em situação de rua, em uso abusivo de drogas, sem considerar as condições de vida dessas pessoas e decidindo por medidas judiciais excessivas que fazem com que, por exemplo, uma pessoa responda a diversos processos judiciais e seja encarcerada diversas vezes devido a furto de fio cobre para manter o uso do crack, como no caso de Horácio, em detrimento de ser ofertado algum tipo de cuidado.

Nesse ponto é importante pensar sobre a função das prisões. Ângela Davis (2020), no livro *Estarão as prisões obsoletas?,* aponta que a prisão é tida pela sociedade como algo natural e imprescindível, sendo percebido um aumento vertiginoso na população carcerária. Aqui vale destacar que atualmente o Brasil tem mais de 700 mil presos cumprindo penas em estabelecimentos penais, número que coloca o país entre as três maiores populações carcerárias do mundo (Dourado; Alves, 2019).

Davis (2020) sinaliza ainda que a criação de novos presídios no contexto norte-americano gerava a sensação de que seriam eficazes na diminuição da criminalidade, no aumento da segurança e na geração de novos empregos.

Na perspectiva da autora supracitada, a prisão realiza um trabalho ideológico, reproduzindo o modo de pensar escravagista. Assim, a prisão funciona como um local de depósito dos indesejáveis e isenta a sociedade de lidar com as suas verdadeiras questões, produzidas, sobretudo, pelo racismo e capitalismo global que impactam principalmente na vida dos pobres e das minorias. Davis (2020) propõe que mais do que reformar o sistema prisional é preciso buscar alternativas ao cárcere, explorar novas formas de justiça em que a prisão não seja a protagonista.

Nessa discussão, é importante salientar a responsabilidade e participação dos profissionais da área da saúde nessa questão. O encarceramento se relaciona diretamente com a saúde das pessoas, seja nas causas ou nos seus impactos e é mais que urgente que esses profissionais se impliquem com essas questões,

pensando em como os saberes produzidos na área podem contribuir com essa discussão.

O segundo aspecto abordado nessa categoria é a dificuldade de articulação entre os serviços para promover um cuidado integral ao assistido. Considerando a complexidade dos casos acompanhados é evidente a necessidade de acompanhamento de diferentes serviços, englobando, especialmente, os serviços da saúde, assistência social, documentação e justiça, para que se possa atender as diferentes demandas que os casos apresentam.

Em ambos os casos, a dificuldade de articulação entre os serviços aparece como barreira para se prestar um cuidado integral aos assistidos, como na situação de Horácio, que:

> *em um dos momentos do acompanhamento, passou quase um ano preso, e descobriu ter sorologia positiva para o HIV, iniciou o tratamento no presídio, mas com algumas intercorrências devido, segundo relato dele, não fornecimento do medicamento no presídio. Sendo que após a saída da prisão, Horácio relatou alucinações visuais e delírios, de cunho persecutório, quando foi tentado encaminhamento do assistido ao Pronto Atendimento psiquiátrico e, neste momento, ele referiu que estava sem fazer uso das medicações para HIV, pois saiu do presidio sem nenhuma documentação e não foi orientado sobre como dar prosseguimento ao tratamento.*

A situação exposta aponta para a dificuldade de articulação entre o presídio e os serviços de saúde que deveriam garantir tratamento adequado enquanto o referido estivesse encarcerado e que poderia ser continuado quando ele saísse da instituição, tendo em vista se tratar de uma doença crônica com diversos impactos físicos, sociais e psíquicos.

A questão da necessidade da articulação entre os serviços aparece também no caso de Antônio, quando é trazido que:

> *houve discussão do caso com a equipe do CRAS [Centro de Referência de Assistência Social] do território e explicada a vulnerabilidade em que o assistido e sua família se encontravam. A equipe do CRAS sinalizou a dificuldade para liberação do benefício eventual de alimentação e informou que desconhecia outras redes que pudessem dar esse suporte enquanto ele e sua família se reorganizavam. Durante o acompanhamento, por diversas vezes, era marcado com o assistido atendimentos para acompanhá-lo a algum serviço, como PA*

> *[Pronto Atendimento] Psiquiátrico, CAPS [Centro de Atenção Psicossocial], no entanto, ele não aparecia e saia da casa da ex-cunhada, retornando para as ruas.*

O aspecto supracitado aponta para a importância do acompanhamento a partir de uma lógica comunitária e territorial. Talvez se Antônio estivesse vinculado aos serviços que atuam no território no qual ele estava residindo com a família, o processo de reorganização dele fosse favorecido. Uma das diretrizes da Rede de Atenção Psicossocial (Raps), conforme Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Raps, é a "ênfase em serviços de base territorial e comunitária, diversificando as estratégias de cuidado, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares" (Brasil, 2011, p. 230).

Para a efetivação da mudança de paradigma na atenção à saúde mental, conforme Leão e Barros (2012), é preciso, necessariamente, o trabalho no território, uma vez que há um deslocamento das intervenções do espaço institucional para o cuidado do indivíduo na comunidade. Os autores enfatizam ainda que, dessa forma, é possível que o sujeito construa novas relações sociais, afetando e modificando o contexto no qual se encontra, no qual ainda se presentifica a cultura de exclusão.

Há registros no PAC de Antônio que apontam para a efetivação da articulação de rede com importantes resultados no acompanhamento dos casos, como quando:

> *após Antônio ser hospitalizado em um hospital geral, devido ter sofrido violência, a equipe do hospital fez contato com o programa Corra pro Abraço que foi até a instituição para pensar conjuntamente o cuidado do assistido naquele momento. A partir dessa situação, foi realizada busca ativa da família do assistido, tendo logrado êxito, após articulação com agente comunitária de saúde do bairro. Em outro momento, após alguns meses, a assistente social de outro hospital geral fez contato para informar que Antônio estava internado na UTI do hospital após ser vítima de perfuração no tórax e abdômen por arma branca. Referiu que o assistido foi submetido a uma cirurgia, estava agitado e referiu ser acompanhado pelo Programa, quando foi possível também discutir as demandas apresentadas pelo caso e potencializadas no contexto de internamento, como a agitação, bem como articular encaminhamentos para o momento após a alta hospitalar.*

Também em março de 2020, o assistido foi acolhido em unidade de acolhimento institucional criada emergencialmente devido à pandemia da covid-19 e até a coleta dos dados, estavam acontecendo articulações constantes entre as equipes técnicas da unidade de acolhimento, do Corra pro Abraço e do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Caps-ad), visando a discussão e acompanhamento de Antônio.

Os trechos do acompanhamento do caso destacados anteriormente apontam para a potencialidade da articulação entre os serviços que contribuem na produção do cuidado do assistido. Essa articulação é complexa, assim como a saúde mental operada no território, diferente das práticas simplistas que fazem funcionar um manicômio (Lancetti, 2003).

No PAC de Horácio, encontram-se diversos registros das tentativas de articulação com os serviços da rede, como quando:

> *em alguns momentos a equipe do programa tentou vaga para acolhimento institucional, sem sucesso com a justificativa de ausência de vaga. Posteriormente, o assistido chegou a ser acolhido em unidade de acolhimento, mas evadiu no mesmo dia e depois explicou que estava em uso intenso do crack. Quando orientado sobre a necessidade de emissão de RG para poder dar seguimento ao tratamento de saúde, o assistido relatou sentir medo de ter mandado de prisão em aberto em São Paulo e ser preso no momento da emissão do documento. Foi tentada articulação com a equipe técnica do presídio, visando ter acesso ao RG solicitado durante o período que ele esteve preso, no entanto, a equipe disse que o documento não chegou na unidade.*

Durante a emissão de documentação é verificado se a pessoa tem mandado de prisão em aberto, caso tenha, a pessoa é presa durante a emissão ou na retirada do documento. Esse aspecto traz uma questão importante para a universalidade dos serviços do SUS e instiga alguns questionamentos: estando uma pessoa com mandado de prisão em aberto, sem documentação, como ela poderia realizar o acompanhamento de saúde? Para além disso, estando a pessoa presa, como garantir o acesso à saúde de forma qualificada?

Sabe-se que, muitas vezes, o direito à saúde não é respeitado no encarceramento, como corrobora o estudo realizado por Minayo e Ribeiro (2016) que aborda as condições de vida e saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro. As autoras apontam que os presos têm uma condição muito mais desvantajosa

e deteriorada que a população em geral, sendo que a situação prisional, em si, potencializa os sintomas físicos e mentais. Aliado a isso, a forma precária com que os cuidados preventivos e curativos, previstos em lei, são oferecidos aos presos contribui para essa situação de degradação. As autoras sinalizam ainda que a prestação de serviços de saúde nos cárceres do Estado é de flagrante descumprimento do que é prescrito na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional.

A análise dos dados do presente estudo destaca a importância do entrelaçamento entre a saúde e a justiça, tendo em vista a relação mútua entre as questões dessas áreas. Dito de outro modo, é importante reconhecer que quando uma questão de saúde, como o uso abusivo de SPAs ou um transtorno mental grave, se intensifica pode impactar nas questões judiciais, ao mesmo tempo em que as decisões judiciais e o sistema de justiça impactam diretamente na saúde da pessoa. Essa questão torna-se ainda mais urgente ao se tratar de pessoas em situação de rua, fato que, por si só, já acarreta diversos impactos na vida delas. Portanto, a relação saúde e justiça deve ser repensada e estreitada, para que se consiga pensar alternativas mais viáveis e produtoras de saúde e de cuidado.

Vulnerabilidade social: a rua

A categoria "a rua" se relaciona com o conceito de vulnerabilidade social, apontando a atuação do contexto na determinação do processo saúde-doença-cuidado.

Nessa categoria, destacam-se aspectos de suma importância relacionados ao contexto de vida dessas pessoas, sendo eles: a violência e a pobreza extrema que vivem essas pessoas junto a seus familiares, como destacado nos trechos a seguir.

> *Horácio informou que foi expulso do território onde sua genitora residia, pois existia uma suspeita, da facção do bairro, de que ele fosse membro de outra facção criminosa, por esse motivo ficou em situação de rua.*

A violência é reconhecida como questão social e de saúde pública, tanto no plano internacional quanto nacional, e tem se tornado um desafio urgente e uma questão econômica, social, de saúde pública e governamental de grande importância (Reis, 2013; Schraiber *et al*., 2016).

Além do extermínio e encarceramento em massa dos jovens pobres e negros, que segundo Rybka e demais autores (2018) são as implicações mais dramáticas da "guerra às drogas" no Brasil, pode-se citar também a violência como outra grave consequência.

Gomes-Medeiros e demais autores (2019) corroboram a ideia de que há uma relação direta entre a associação das políticas proibicionistas com o aumento da violência e da mortalidade por homicídio. Werb e demais autores (2018) realizaram uma revisão sistemática para examinar os impactos da repressão às drogas na violência no mercado de drogas. Identificaram 15 estudos, sendo que 93% deles evidenciaram efeitos adversos das leis de drogas sobre níveis de violência, concluindo que o aumento da repressão às drogas provavelmente não reduzirá a violência no mercado de drogas, sendo que a violência armada e as altas taxas de homicídios podem ser consequências inevitáveis da proibição das drogas. Dessa forma, sugerem que são necessários modelos regulatórios alternativos para que a oferta de drogas e a violência no mercado de drogas sejam reduzidas de forma significativa.

Importante perceber que a violência associada aos mercados de drogas é mediada por outros fatores além do *status* legal das substâncias, como as questões relacionadas ao policiamento, o contexto socioeconômico do usuário, a relação deste com a droga e os meios utilizados para ter acesso à substância. Nesse contexto, vale pontuar a atuação policial nas periferias brasileiras, com foco no combate às drogas e traficantes, no qual os moradores majoritariamente negros das comunidades pobres são as principais vítimas dessas ações (Gomes-Medeiros *et al*., 2019).

A discussão trazida se articula diretamente com o debate sobre necropolítica proposto por Achille Mbembe (2018), filósofo camaronês, que o define como o uso do poder social e político de ditar quem pode viver e quem deve morrer. Baseado no conceito de biopoder de Foucault e em suas tecnologias de controlar populações, Mbembe aponta que o "deixar morrer" se torna aceitável para alguns corpos, que são os "matáveis", aqueles que estão em risco de morte a todo instante devido ao parâmetro definidor primordial da raça. Assim, o contexto de vida da população em situação de rua, com todas as questões já abordadas – pobreza, violência, dificuldade de acesso a saúde e não garantia de direitos básicos –, não seria mero acaso, mas aceitável porque seriam eles parte dos "matáveis", daqueles que é possível aceitar a morte.

Outro aspecto discutido nessa categoria é a pobreza, como sinalizado no trecho a seguir do caso de Antônio:

> *Antônio relatou a possibilidade de ir morar com a sua cunhada após alta hospitalar, mas ressaltou a necessidade de ter algum auxílio, como cesta básica, devido contexto de grande pobreza que sua cunhada vive. O assistido, quando fazia contato com a equipe do Corra por telefone ou pessoalmente, sempre ressaltava que não poderia continuar na casa da ex-cunhada pois, quando estava abstinente, tinha muito apetite e a situação de pobreza dela era muito grande.*

Pitombeira e Oliveira (2020) apontam que as relações entre pobreza e saúde são percebidas no cotidiano da vida das pessoas no Brasil e evidenciadas nos serviços de saúde. As autoras discutem ainda que a pobreza e as desigualdades, por estarem tramadas na sociedade historicamente e estruturalmente, constituem faces de um contexto social perverso, estando implicadas no campo da saúde. Convergindo com as autoras citadas, Onocko Campos e demais autores (2012) apontam que tanto para os usuários dos serviços de saúde quanto para os profissionais da área, a pobreza se impõe como realidade e como desafio aos processos de cuidado. Os usuários trazem em seus corpos e subjetividades as marcas de uma vida atravessada pelo "sofrimento social" e os profissionais são afetados por esse contexto de pobreza devido às difíceis condições de trabalho e por se sentirem impotentes frente à grandeza que a dimensão social impõe.

Dessa maneira, salienta-se o abordado por Pitombeira e Oliveira (2012) em relação ao atravessamento, composição e indissociabilidade da dimensão social na produção da saúde. As autoras apontam que da mesma forma que tem sido expressa na saúde coletiva que a austeridade faz mal à saúde, é necessário "reiterar que a concentração de renda, a não garantia de direitos constitucionais, o não respeito à diversidade fazem mal à saúde". Assim, é importante não perder de vista que a produção de cuidado para população em situação de rua, necessariamente, passa pela garantia de direitos básicos, tais como moradia digna, acesso à alimentação, à saúde, ao lazer e à segurança.

Considerações finais

Este capítulo visou compreender como as condições de vulnerabilidade das pessoas em situação de rua que foram presas em flagrante interferem na produção do seu cuidado e saúde.

Os resultados apontam que para que se produza cuidado para as pessoas em situação de rua que passaram por audiência de custódia é necessário se atentar a aspectos da vulnerabilidade individual – marcas subjetivas da prisão, questões de saúde mental, uso abusivo de SPAs e rompimento de vínculos afetivos –; vulnerabilidade programática – questões dos serviços de saúde e da justiça, medidas judiciais excessivas e articulação entre os serviços – e vulnerabilidade social – condições de vida, violência e a pobreza extrema – a que essas pessoas estão submetidas.

Essas condições de vulnerabilidade interferem diretamente na produção do cuidado da população em questão, uma vez que impactam no acesso aos serviços de saúde, no acompanhamento qualificado e na continuidade deste, no vínculo estabelecido com o serviço, aspectos que podem ter influência na reorganização do sujeito, o que, por sua vez, impacta na possibilidade dele novamente ser preso.

Por fim, salienta-se a importância dos serviços e profissionais da saúde estarem atentos a essas questões, uma vez que impactam e repercutem direta e necessariamente na saúde dessa população. Além disso, é necessária e urgente a integração e atuação conjunta entre os serviços de saúde e justiça visando a produção de cuidado efetiva a PSR.

Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Resolução-RDC nº 101, de 30 de maio de 2001. Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 138, n. 105-E, 31 maio 2001. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/res_0101.pdf. Acesso em: 20 jan. 2023.

AYRES, J. R. *et al*. Vulnerability, Human Rights, and Comprehensive Health Care Needs of Young People Living With HIV/AIDS. *American Journal of Public Health*, Washington, DC,

v. 96, n. 6, p. 1001-1006, 2006. Disponível em: https://doi.org/10.2105/ajph.2004.060905. Acesso em: 20 jan. 2023.

AYRES, J. R.; PAIVA, V.; FRANÇA JÚNIOR, I. Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. *In*: PAIVA, V.; AYRES, J. R.; BUCHALLA, C. M. (org.). *Vulnerabilidade e direitos humanos*: prevenção e promoção da saúde – livro I, da doença à cidadania. Curitiba: Juruá, 2012. p. 71-94.

BAHIA. Secretaria de Justiça, Direitos Humanos e Desenvolvimento Social. *Corra pro abraço*: o encontro para o cuidado na rua. Salvador: SJDHDS, 2016.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo. Edições 70, 2016.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 146, n. 246, p. 16-17, 24 dez. 2009a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm Acesso em: 20 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual sobre o cuidado à Saúde junto a População em Situação de Rua*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 148, n. 247, p. 230-232, 26 dez. 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 20 jan. 2023.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Rua: aprendendo a contar*: Pesquisa nacional sobre a população em situação de rua. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2009b. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Livros/Rua_aprendendo_a_contar.pdf. Acesso em: 20 jan. 2023.

CARMO, M. E.; GUIZARDI, F. L. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, p. 1-14, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000303001&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 jan. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Brasil). *Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas – 2017.* Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia, 2018. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relatorio-da-inspecao-nacional-em-comunidades-terapeuticas_web.pdf. Acesso em: 20 jan. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (Brasil). *Resolução nº 213, de 15 de dezembro de 2015*. Dispõe sobre a apresentação de toda pessoa presa à autoridade judicial no prazo de 24 horas. Brasília, DF: Conselho Nacional de Justiça, 2016. Disponível em: https://www.conjur.com.br/dl/resolucao-audiencias-custodia-cnj.pdf. Acesso em: 20 jan. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 150, n. 112, p. 59-62, 13 jun. 2013.

DAVIS, A. *Estarão as prisões obsoletas?* 6. ed. Rio de Janeiro: Difel, 2020.

DOURADO, J. L. G.; ALVES, R. S. F. Panorama da saúde do homem preso: dificuldades de acesso ao atendimento de saúde. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, São Paulo, v. 39, n. 96, p. 47-57, 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2019000100006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 jan. 2023.

GOMES-MEDEIROS, D. *et al*. Política de drogas e Saúde Coletiva: diálogos necessários. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 7, p. 1-14, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000903001&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 jan. 2023.

HINO, P.; SANTOS, J. O.; ROSA, A. S. Pessoas que vivenciam situação de rua sob o olhar da saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 71, p. 684-692, 2018. Suplemento 1. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000700684&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 jan. 2023.

LANCETTI, A. *Clínica Peripatética*. São Paulo: Hucitec, 2006.

LEÃO, A.; BARROS, S. Território e serviço comunitário de saúde mental: as concepções presentes nos discursos dos atores do processo da reforma psiquiátrica brasileira. *Saúde e sociedade*, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 572-586, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000300005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 jan. 2023.

MBEMBE, A. *Necropolítica*. São Paulo: N-1 Edições, 2018.

MINAYO, M. C. de S.; RIBEIRO, A. P. Condições de saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 7, p. 2031-2040, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000702031&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 jan. 2023.

NATALINO, M. A. C. Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil. *Texto para discussão [do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada]*, Brasília, DF, n. 2249, 2016. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/26102016td_2246.pdf. Acesso em: 20 jan. 2023.

NATALINO, M. A. C. *Estimativa da população em situação de rua no Brasil (setembro de 2012 a março de 2020)*. Brasília, DF: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2020. (Nota Técnica n. 73). Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/200612_nt_disoc_n_73.pdf. Acesso em: 20 jan. 2023.

ONOCKO-CAMPOS, R. *et al*. Saúde coletiva e psicanálise: entrecruzando conceitos em busca de políticas públicas potentes. *In*: ONOCKO-CAMPOS, R. (org.). *Psicanálise e saúde coletiva*: interfaces. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 43-60.

PERRONE, P. A. K. A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 569-580, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000200569&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 jan. 2023.

PITOMBEIRA, DF; OLIVEIRA, L. C. Pobreza e desigualdades sociais: tensões entre direitos, austeridade e suas implicações na atenção primária. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1699-1708, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000501699&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 jan. 2023.

REIS, A. F. Violência e Desenvolvimento Local: um estudo sobre a criminalidade entre jovens de 15 a 24 anos em comunidades periurbanas de Campo Grande, MS. *Interações*, Campo Grande, v. 14, n. 2, p. 155-164, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-70122013000200002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 jan. 2023.

RYBKA, L. N.; NASCIMENTO, J. L.; GUZZO, R. S. L. Os mortos e feridos na "guerra às drogas": uma crítica ao paradigma proibicionista. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 35, n. 1, p. 99-109, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2018000100099&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 jan. 2023.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; COUTO, M. T. Violência e saúde: estudos científicos recentes. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, p. 112-120, 2006. Edição especial. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000400016&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 jan. 2023.

SOUSA, L. M. S. *"A vida que anda no mundo"*: contextos de vulnerabilidade de caminhoneiros ao HIV/AIDS. 2014. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014. Disponível em: https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/18032/1/Diss%20Final.%20Laio%20Magno.%202014.pdf. Acesso em: 20 jan. 2023.

WERB, D. *et al*. Effect of drug law enforcement on drug market violence: a systematic review. *International Journal of Drug Policy*, [Amsterdam], v. 22, n. 2, p. 87-94, 2011. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2011.02.002. Acesso em: 20 jan. 2023.

CAPÍTULO 5

Normativas dos Programas Integrados de Residências em Saúde em tempos de pandemia pela covid-19

MARIANA NASCIMENTO DE CARVALHO BORGES
SILVANA LIMA VIEIRA
THADEU BORGES SOUZA SANTOS

Introdução

O novo coronavírus, denominado SARS-CoV-2, foi detectado pela primeira vez na China, no final do ano de 2019 (Almeida; Alves, 2020) e, conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), foi declarado em 30 de janeiro de 2020 que o surto da doença, altamente contagiosa, covid-19, constituía-se em uma emergência de saúde pública de importância internacional, sendo caracterizada em 11 de março de 2020, pela OMS, como uma pandemia (OMS; OPAS, 2020).

Com a Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) decorrente da pandemia do novo coronavírus, denominado Sars-CoV-2, no Brasil, tal fato exigiu do governo a reorganização do sistema de saúde para responder de forma efetiva às demandas da sociedade, de modo a preservar e salvar vidas (Barros, 2021).

A OMS e OPAS (2020) repassaram orientações para a população sobre os cuidados necessários para prevenir e evitar ainda mais a disseminação

do coronavírus, e dentre estes, se encontra o isolamento social. Com essas novas medidas adotadas, toda a população precisou mudar seu estilo de vida, de trabalho, relacionado à formação acadêmica, nos variados níveis de formação.

Esse contexto sanitário marcou o ano de 2020, o que influenciou as organizações de saúde e de formação, repercutindo nos processos de ensino e aprendizagem nos diversos níveis de formação, o que exigiu novas relações e reorganizações internas mediada por tecnologias, levando ao repensar pragmático do processo de ensino-aprendizagem e da construção de novas metodologias pedagógicas (Antunes Neto, 2020).

Oliveira e demais autores (2020) abordam que o sistema de saúde conta com um rol diversificado de profissionais destinados ao atendimento decorrente da pandemia, e alguns serviços ainda contam com a participação dos profissionais de Programas de Residência Uni e Multiprofissionais em Saúde, que, nesse momento, também enfocaram suas práticas no enfrentamento da doença e de outras comorbidades.

Das diversas possibilidades da formação em saúde, para fins deste estudo, foi destacado o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, devido às especificidades como formação em ato e trabalho como princípio educativo, levando a repensar proposta pedagógica condizente com a necessidade de distanciamento social (Oliveira *et al*., 2020).

A Residência em Saúde constitui-se como um programa de pós-graduação *lato sensu*, caracterizado por ensino em serviço distribuído em 60 horas semanais, com dedicação exclusiva (Brasil, 2007). O programa abrange categorias profissionais que integram a área de saúde, a saber: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional (Brasil, 1998).

Nesse sentido, houve a necessidade de respeitar as normativas da formação em serviço no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, contudo, respeitando recomendações ao contexto atípico imposto pela pandemia da covid-19 (Lucena; Sena, 2020).

Levando em consideração o propósito da Residência em Saúde de formação em serviço e diante das mudanças no processo ensino-aprendizado desencadeadas

pelo contexto sanitário da pandemia pela covid-19, surgiu o seguinte questionamento: quais as normativas ministeriais e institucionais relacionadas ao processo ensino-aprendizagem nos Programas Integrados de Residências (PIR) publicadas no período de emergência pública?

Nesse sentido, este capítulo tem por objetivo analisar as normativas ministeriais e institucionais relacionadas ao processo ensino-aprendizagem nos PIR da Fundação Estatal Saúde da Família (FESF) e da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

Método

Estudo documental, a partir da análise das fontes de dados das portarias ministeriais, recomendações normativas e institucionais, escolhido por se tratar de um método de coleta de dados que possibilitou realizar a reconstrução de informações (Cellard, 2014).

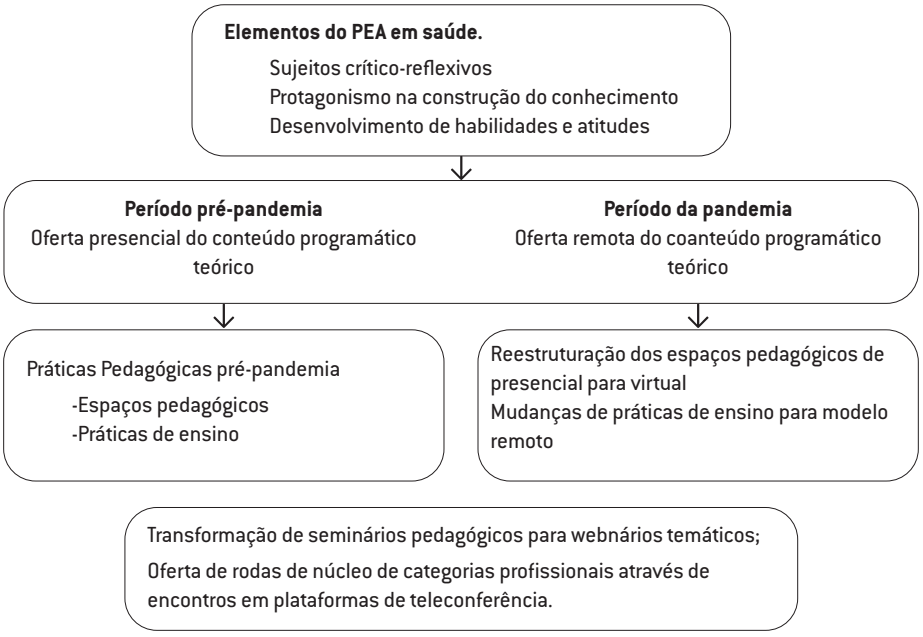
O período de coleta foi de março a maio de 2020. A escolha desse período se deu por ser se tratar dos meses imediatamente após decretado pelo Ministério de Saúde (MS) emergência de saúde pública de interesse nacional no Brasil, emergência pública devido à covid-19.

Foram acessadas as bases de dados do Ministério de Educação (MEC) e do MS com os descritores de busca: pandemia, covid-19, residência multiprofissional, residência em saúde e acervo dos documentos institucionais do PIR, da FESF e da Fiocruz.

Os documentos ministeriais foram acessados considerando o domínio público de acesso aos dados e os documentos institucionais e portarias, tiveram autorização do setor responsável.

De maneira a sistematizar as fontes documentais, elaboramos um modelo lógico-teórico dos documentos selecionados. A construção do modelo lógico do programa possibilita traçar o caminho percorrido pelo programa a fim de buscar uma solução para o problema inicial. No mesmo sentido, Medina e demais autores (2005) destacam que a construção do modelo lógico explicita sua racionalidade subjacente incluindo especificidades sobre o problema, o público-alvo, o contexto e os atributos necessários e suficientes.

Figura 1 – Modelo teórico-lógico do processo ensino-aprendizagem em programas integrados de residência no período pré e pandêmico



Fonte: elaborada pelos autores.

A construção do modelo lógico provém de várias fontes: documentos oficiais do programa, legislação sobre o assunto, resultados de pesquisas prévias e experiência dos gestores, avaliadores e profissionais da área (Bezerra *et al*., 2012; Medeiros *et al*., 2010). Medeiros e demais autores (2010) destacam que o processo de construção do modelo lógico deve seguir as seguintes etapas: coleta de informações sobre o programa; definição clara do problema objeto da intervenção; identificação dos componentes do modelo lógico; avaliação do modelo construído por informantes-chaves e, a partir dos subsídios gerados e com base nos dados coletados, deve-se submeter o modelo a um consenso para definir qual representa melhor a lógica do programa.

Referencial teórico: processo ensino-aprendizagem e programas de residência multiprofissionais em saúde

Neste momento, refletiremos sobre o processo ensino-aprendizagem e as adequações necessárias nos PIR frente à pandemia da covid-19.

O processo ensino-aprendizagem

O ensino e aprendizagem estão vinculados ao ato de aprender e ensinar um complexo sistema de interações de processos independentes da ação humana, comportamentais entre professores e alunos (Kubo; Botomé, 2001).

Não há docência sem discência. Freire acredita que o processo de ensino-aprendizagem é representado pelo encontro entre sujeitos como seres pensantes, engajados em modificar a realidade na qual estão inseridos, por meio de uma relação horizontal, empática, de troca, humildade e respeito entre educadores e educandos e coerência entre o que é dito e feito (Vieira, 2017).

Vieira (2017, p. 18) relata que

> o agir-aprendente e o agir-educativo é a integração da relação educador-educando mediada pelo diálogo, constituído no processo vivido. Compreendemos que o agir-aprendente do educando é o crítico e curioso no processo de ensino-aprendizagem, no qual se reconhece como sujeito capaz de conhecer e que quer conhecer na relação com o educador.

A mesma autora relata que "[...] o movimento de ensinar a aprender se reveste de novas e variadas faces, de modo a satisfazer as necessidades e demandas advindas dos educadores, educandos e do meio" (Vieira, 2017, p. 37).

De acordo com Vieira (2017, p. 19),

> o movimento ensino-aprendizagem nos coloca diante de asserções e concepções inseridas no campo da educação, e permite traduzir e revelar no e para o educador- educando a cotidianidade, mediatizada pelo mundo. Pode influenciar e sofrer influências, construir, destruir e/ou manter estruturas, transformar, colocar em forma ou (de) formar, pois é intrínseco à vida de todos os seres humanos desde o seu nascimento [...].

Chiarella e demais autores (2015) abordam que a educação problematizadora busca estimular a consciência crítica da realidade e a postura ativa de alunos e professores no processo ensino-aprendizagem, de forma que não haja uma negação ou desvalorização do mundo que os influencia. Sendo assim, a educação é encarada como um ato político, e as relações estabelecidas entre

alunos e professores devem ser embasadas em interações de respeito entre sujeitos e cidadãos, de modo a construir conhecimento crítico e centrado na busca pela autonomia.

Dessa forma, o processo ensino-aprendizagem é uma forma de intervenção no mundo. Intervenção que além do conhecimento dos conteúdos bem ou mal ensinados e/ou aprendidos implica tanto os esforços de reprodução da ideologia dominante quanto o seu desmascaramento (Freire, 2002).

Na saúde o processo ensino-aprendizagem tem sido cada vez mais estimulado no processo formativo dos profissionais de saúde para que sejam mais crítico-reflexivos, ativos e protagonistas na construção de seus conhecimentos (Nalom *et al.*, 2019), com vistas a promover transformações nas práticas de saúde e atender às necessidades da população.

A pandemia ocasionada pela covid-19 que atingiu o Brasil em março de 2020 demandou respostas rápidas a partir da identificação de transmissão autóctone. Esse cenário despontou a necessidade de oferecer subsídios aos estudantes da área de saúde, prioritariamente àqueles em etapas avançadas do processo de formação, para uma assistência segura, sem perder de vista a qualidade do ensino (Prata *et al.*, 2020).

Segundo Nalom e demais autores (2019), a atenção básica torna-se o principal cenário de aprendizagem, com ênfase em métodos ativos de aprendizagem, a inserção precoce dos estudantes no cotidiano dos serviços favorece a aprendizagem significativa, a construção de conhecimentos, além de desenvolver habilidades e atitudes, com autonomia e responsabilidade.

Os mesmos autores salientam que, como a aprendizagem pode ser compreendida como um caminho para transformação da pessoa e da realidade, o estudante e o professor passam a ser sujeitos do processo de ensino-aprendizagem, transformando suas práticas pedagógicas e profissionais, construindo liberdade com responsabilidade.

Desse modo, a integração ensino-serviço apresenta-se como importante proposta para que os processos de mudanças na formação dos profissionais de saúde se consolidem (Nalom *et al.*, 2019).

Rodrigues e demais autores (2020) corroboram relatando que o perfil profissional almejado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) requer uma formação baseada na problematização e que reconheça o estudante como corresponsável

pela construção do conhecimento, promovendo seu desenvolvimento para além das dimensões técnico-científica e procedimental.

Os mesmos autores descrevem como é desafiador formar trabalhadores de saúde para o SUS, certamente pela complexidade do processo de ensino-aprendizagem e do próprio trabalho em saúde e que entre os desafios de formar profissionais preparados para consolidar o SUS, destaca-se a necessidade de construir mecanismos e estratégias pedagógicas para superar o modelo tradicional e acrítico de ensino ainda tão presente na educação superior.

De-Carli e demais autores (2019) trazem outras implicações e desafios para o processo ensino-aprendizagem na área da saúde como o modelo tradicional de formação em saúde hegemônico e tecnicista que limita as respostas às demandas atuais do SUS. Entretanto, para superar essas fragilidades, a integração ensino-serviço-comunidade e as metodologias ativas se apresentam como estratégias de reorientação da formação profissional em saúde.

Desse modo, de acordo com Vieira (2017), o movimento ensino-aprendizagem quando pautado no diálogo resulta em educadoras e educandos implicados na construção conjunta de saberes, configurando-se, em sua concepção dialética, como elemento humanizador e transformador da realidade, fatores primordiais para a formação do trabalhador em saúde.

Quando se trata dos processos ensino-aprendizagem em Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde, sabe-se que eles são orientados pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir das necessidades e realidades locais e regionais (Brasil, 2009); é uma modalidade de pós-graduação *lato sensu* caracterizada pela lógica de treinamento em serviço.

Duarte e Paz (2020) reforçam que é considerada a principal política de formação para o SUS, seu desenvolvimento tem sido catalisador no empreendimento de lutas pela Reforma Sanitária, proporcionando aos profissionais integrantes dos serviços de saúde discussões e reflexões sobre os princípios e as diretrizes do SUS.

O processo de ensino-aprendizagem em programas de residências ocorre em serviço e em atividades teóricas, então, nessa perspectiva, acredita-se que o modelo de ensino em serviço proposto pelas Residências em Saúde seja uma importante estratégia na qualificação de profissionais para conquista do perfil adequado para atuação no SUS (Mueller, 2018).

Os programas de residências constroem o processo de ensino-aprendizagem por meio da prática no trabalho, da experiência e da convivência mediados pelos preceptores e pelos docentes vinculados ao programa. Em relação ao processo de ensino-aprendizagem, pautado no treinamento em serviço – programas de residências –, observa-se que ainda sofre forte influência do modelo flexneriano, porém iniciativas para uma prática interdisciplinar com vistas à integralidade do cuidado vêm modificando essa realidade, na qual se busca uma formação profissional crítica, reflexiva, criativa, ética, solidária e transformadora (Ribeiro, 2015).

Nessa lógica, acreditamos que a forma como for conduzido o processo de ensino-aprendizagem nos programas de residência implicará na qualidade de formação de um profissional da saúde centrado no usuário e sensibilizado a fornecer resolubilidade e equidade nos seus atendimentos à saúde (Ribeiro, 2015).

Com a pandemia os serviços de saúde têm focado suas ações no enfrentamento da covid-19, e as residências também direcionam a maioria das suas práticas para atendimento das pessoas em enfrentamento à doença, as atividades teóricas desses programas foram adaptadas para a modalidade de ensino remoto emergencial (Oliveira *et al.*, 2020).

Desse modo, observamos a relevância da estreita parceria entre a academia e os serviços de saúde, uma vez que é pela reflexão e teorização a partir de situações da prática que se estabelece o processo de ensino-aprendizagem em programas de residências (Silva, 2010).

Portanto, é necessário que ocorra o resgate de uma articulação estreita entre ensino e serviço nos programas de residências em saúde, envolvendo todos os sujeitos interligados no processo para a implementação de mudanças consistentes no perfil de um profissional autônomo, crítico-reflexivo, capaz de construir uma aprendizagem significativa e reconstruir sua prática, alinhada à atual política nacional em saúde (Cicarelli; Vieira, 2021).

Adequações do processo ensino aprendizado dos PIR frente à pandemia da covid-19

Da análise documental realizamos o levantamento dos documentos oficiais dos Programas Integrados de Residências como: o Projeto Político Pedagógico (PPP), Regimento Interno, Manual de Serviços e o Manual de Atribuições da

Preceptoria, apoio Pedagógico e Coordenação, além da Portaria Brasil Conta Comigo do MS e recomendações do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Verificou-se que de acordo com as normativas nacionais foi necessário que em caráter emergencial os espaços educacionais, referentes a carga horária teórica dos residentes, fossem ofertados remotamente. Por esse motivo, identificamos que o corpo pedagógico e os residentes deveriam adaptar-se e adequar-se à nova realidade de acompanhamento teórico em formato remoto, fazendo uso de ferramentas tecnológicas.

Resultados

A seguir serão descritos os documentos identificados a partir de um quadro contendo a fonte dos documentos, título e a síntese de cada um deles.

Quadro 1 – Documentos ministeriais e institucionais sobre Programas Integrados de Residência e pandemia pela covid-19. Salvador, 2022

Fonte	Documento/ Título	Síntese
https://abmes.org.br/legislacoes/detalhe/3054/portaria-ms-n-580-2020	Portaria Ministerial nº 580 de 27 de março de 2020	Dispõe sobre a ação estratégica "O Brasil Conta Comigo - Residentes na área de Saúde", para o enfrentamento à pandemia do coronavírus
http://portal.mec.gov.br/	Nota Técnica nº 01 de 2020 da Comissão Nacional de Residência Médica	Recomendações quanto ao desenvolvimento das atividades dos Programas de Residência Médica (PRMs) durante enfrentamento à pandemia da covid-19
http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/194	Recomendação do Conselho Nacional de Saúde nº 018	Recomendação de suspensão de atividades teóricas presenciais durante o período de controle epidemiológico da disseminação do SARS-CoV-2
Documento Institucional Acervo FESF/ Fiocruz	Projeto Político Pedagógico (2018)	Documento que apresenta proposta das práticas educacionais do PIR
Documento Institucional Acervo FESF/ Fiocruz	Regimento Interno (2021)	Documento que regulamenta as normas do PIR
Documento Institucional Acervo FESF/ Fiocruz	Manual de Atribuições da Preceptoria, Apoio Pedagógico e Coordenação	Documento orientador sobre as funções e atribuições da equipe do PIR

Fonte: elaborado pelos autores.

Discussão

A Residência em Saúde destina 20% da carga total para estratégias educacionais teóricas (Brasil, 2014), sendo que o programa de residência possibilita a aproximação do mundo universitário com a realidade da prática, permitindo ao residente além da experiência prática, uma possibilidade de estudos e interação com a teoria. A residência tem uma importante contribuição no sentido de integração de saberes, possibilidades diversificadas de vivências e possibilita espaços facilitadores de reflexões atrelando prática e teoria.

O programa é considerado um importante instrumento de educação permanente, visando à formação dos trabalhadores de saúde e ao trabalho coletivo em saúde.

Quando iniciada a pandemia pela covid-19, o governo federal publicou a Portaria Ministerial nº 580 de 27 de março de 2020 que dispõe sobre a ação estratégica "O Brasil Conta Comigo – Residentes na área da Saúde para o enfrentamento à pandemia coronavírus – covid-19". Essa portaria teve o objetivo de ampliar a força de trabalho do SUS, garantir a melhor assistência à população brasileira e apoiar os profissionais que atuam na linha de frente. Nesse documento oficial, ficou também determinado que no âmbito dos programas de residência deverá ser garantida a informação sobre manejo clínico para a contenção da covid-19 aos profissionais de saúde residentes (Brasil, 2020).

Complementarmente, na recomendação do CNS nº 018, de 26 de março de 2020, fica descrito que todas as atividades teóricas presenciais devem ser suspensas, em caráter excepcional, durante o período de controle epidemiológico da disseminação do SARS-CoV-2, responsável pela covid-19, e ainda dispôs sobre a suspensão por período necessário para eventos acadêmicos, científicos, culturais, apresentações públicas de trabalhos acadêmicos, conferências, aulas públicas e similares que reúnam de modo presencial coletivos de pessoas e/ou impliquem aglomeração de pessoas (Conselho Nacional de Saúde, 2020).

Essa recomendação, entretanto, não impediu a oferta de atividades sob as outras modalidades pedagógicas de acesso remoto, estudos orientados à distância e uso de ambientes virtuais de aprendizagem, inclusive de modo a ampliar o domínio sobre a saúde global, os estudos epidemiológicos, a seleção de literatura qualificada em ciência e saúde (Conselho Nacional de Saúde, 2020).

Recomenda ainda manter as atividades práticas e teórico-práticas dos residentes em saúde, respeitando o limite de 80% (48 horas) da carga horária semanal. As atividades teórico-práticas, nesse momento, deveriam acompanhar prioritariamente as ações de mobilização do setor da saúde na reorganização de serviços, redes, políticas e ações de participação popular ou controle social, resguardando-se a presença de residentes aos mesmos termos de modalidade previstos por tais atividades, inclusive a presença por meio de tecnologias de interação e comunicação remotas (Conselho Nacional de Saúde, 2020).

Na Bahia, tomou-se o caso dos PIR da FESF e Fiocruz, que reúnem as Residências Multiprofissionais de Saúde da Família e de Medicina de Família e Comunidade; há um caso especial dentre os PIR com a readequação de Unidade de Aprendizagem (UA) que compõe o PPP para continuidade do Processo Ensino-Aprendizagem (PEA).

Nos documentos institucionais, verificamos que a proposta pedagógica dos PIR-FESF/Fiocruz propõe formação crítico-reflexiva de profissionais da área da saúde do ponto de vista ético, político e técnico-científico para atuarem no campo da atenção primária à saúde e redes de atenção à saúde, com foco nos indivíduos, famílias e comunidades, assegurando os princípios do SUS e das políticas nacional e estadual da atenção básica, a partir das demandas locais e loco regionais (Fundação Estatal Saúde da Família; Fundação Oswaldo Cruz Bahia, 2018).

As UAs são ofertas pedagógicas que buscam superar a lógica tradicional de planejamento linear e sequencial de conteúdo, de modo a respeitar as necessidades reais dos educandos, bem como seus conhecimentos prévios. Consiste em um conjunto de atividades selecionadas para o estudo de um tema específico ou interdisciplinar, com vistas à reconstrução do conhecimento dos participantes, bem como ao desenvolvimento de habilidades e atitudes. As UAs contribuem no desenvolvimento de competências relevantes para adequada convivência e aprendizagem no trabalho em equipe, razão pela qual o educando aprende a interpretar, a analisar informações, a aceitar críticas e a comunicar-se (Freschi; Ramos, 2009).

Diante das determinações normativas emergenciais que apontaram recomendações aos Programas de Residências Multiprofissionais, com vistas ao cumprimento destas, houve necessidade de readequações teórico-metodológicos nos PEA na formação dos residentes para o enfrentamento à pandemia do coronavírus – covid-19 –, sintetizadas no Quadro 2.

Quadro 2 – Readequações teórico-metodológicas no processo ensino-aprendizado na formação dos residentes, antes e durante a pandemia no PIR FESF/Fiocruz

Atividades do PEA nos PIR	**Antes da pandemia**	**Durante a pandemia**
Atividades teóricas	As atividades teóricas mesclam a prática no território à associação de conhecimentos teóricos sistematizados, se desenvolvem por meio de estudos individuais e em grupo com orientação docente. Exemplos: análise de casos clínicos e ações de saúde coletiva; seminários, rodas de campo e núcleo para ampliação da compreensão sobre a realidade acessando conhecimentos sistematizados com mediação do docente (Manual de Serviços - 2018).	Roda de núcleo e os seminários foram ofertados sob a modalidade pedagógica de acesso remoto.
Adaptação dos espaços pedagógicos	Presencial	Virtual Teams
Seminários	Os seminários são ofertas educacionais que contam com a participação de todos os residentes –R1 e R2 –, tratam de temas de interesse geral de maneira a ampliar a caixa de ferramentas dos residentes e corpo pedagógico ao resgatar conhecimentos básicos e avançados em saúde a partir de diversas abordagens e metodologias. Têm os próprios residentes inseridos em todos os municípios e cenários de aprendizado (Fundação Estatal Saúde da Família; Fundação Oswaldo Cruz Bahia, 2018) da família, em articulação e de maneira complementar aos turnos pedagógicos semanais, rodas de campo e núcleo e outros espaços de aprendizado.	Com a pandemia os seminários tornaram-se um webinário multiprofissional que é ofertado para todos os residentes do programa, os R1 e R2. Para que tivéssemos mais qualidade nas transmissões optamos por transmiti-los *on-line* pelo YouTube, assim esses encontros ficam disponíveis para a visualização posteriormente, entretanto os webinários e as rodas que são ofertados para os residentes do mesmo núcleo, ou seja, da mesma categoria profissional, esses encontros ocorrem em plataformas de teleconferência como o Google Meet/Jitsi Meet ou outra plataforma de preferência do corpo docente.
Rodas de conversa	As rodas de núcleo são ofertas educacionais facilitadas pelos apoiadores pedagógicos de núcleo de cada categoria profissional no período noturno e de maneira complementar aos turnos pedagógicos semanais e outros espaços de discussão clínica do cotidiano. Têm o objetivo de apoiar a qualificação da clínica específica de cada categoria profissional, podendo utilizar diversas metodologias ativas de aprendizado que possam apoiar o desenvolvimento de habilidades clínicas (Fundação Estatal Saúde da Família; Fundação Oswaldo Cruz Bahia, 2018).	Manutenção das rodas de conversa com menos frequência.

Fonte: elaborado pelos autores.

Dessa forma, foi necessário repensar os processos ensino-aprendizagem e adaptar-se à uma nova realidade aplicável ao dia a dia do residente e da equipe pedagógica.

Segundo estudo de Oliveira e demais autores (2020), no qual teve programas de residência como objeto, com o atual contexto da covid-19, tais programas precisaram readequar suas ações práticas, assim como alterar a teoria de forma presencial para modalidade de estudo autodirigido.

De acordo com esse estudo, notou-se que houve prejuízo quanto às atividades específicas da profissão e quanto às práticas hospitalares frente a essas readequações. Algumas atividades práticas hospitalares foram canceladas e outras foram remanejadas para atendimento à covid-19. Sendo assim, a prática de alguns residentes foi afetada e consequentemente, o conhecimento e a experiência acerca de um determinado setor e/ou área também foi prejudicado.

Interessante ressaltar que essas adaptações ocorreram também em vários níveis de ensino, como evidenciado no artigo de Matias e demais autores (2023), como no contexto universitário, no qual se trata que o cancelamento abrupto das atividades presenciais no ambiente universitário configurou mudanças substanciais na rotina docente, exigindo transformações e adaptações das disciplinas para que fossem realizadas remotamente.

A pandemia pela covid-19 trouxe, portanto, uma necessidade e oportunidade de repensar a prática docente bem como as formas avaliativas diante de novas modalidades de ensino-aprendizagem.

Considerações finais

Este capítulo teve por objetivo analisar as normativas ministeriais e institucionais relacionadas ao processo ensino-aprendizagem nos Programas Integrados de Residências PIR/FESF/Fiocruz, publicadas no período de emergência pública pela covid-19, e as adequações realizadas no PIR.

Da análise das normativas ministeriais e institucionais relacionadas ao processo ensino-aprendizagem verificamos que, devido à necessidade de distanciamento social para a contenção da covid-19, foi necessário potencializar o uso de ferramentas tecnológicas e estratégias pedagógicas que pudessem dar um suporte para a formação em serviço, já que as atividades teóricas-presenciais precisaram ser evitadas.

Reflete-se que o novo cenário de pandemia impactou na formação dos residentes multiprofissionais nas práticas de ensino-aprendizagem, com fragilidades e potencialidades, o que leva à necessidade de aprofundar estudos sobre a temática.

As limitações do estudo encontram-se no escasso material documental disponível tanto em base de dados quanto institucional, o que reitera a necessidade de mais dados e informações sistematizadas que possam orientar no processo formativo de residentes em situações de emergência de saúde pública como o caso da pandemia da covid-19.

Referências

ALMEIDA, B. O.; ALVES, L. R. G. Letramento digital em tempos de COVID-19: uma análise da educação no contexto atual. *Debates em Educação*, Maceió, v. 12, n. 28, p. 1-18, 2020. Disponível em: https://www.seer.ufal.br/index.php/debateseducacao/article/view/10282/pdf. Acesso em: 15 abr. 2021.

ANTUNES NETO, J. M. F. Sobre ensino, aprendizagem e a sociedade da tecnologia: por que se refletir em tempo de pandemia? *Prospectus*, Itapira, v. 2, n. 1, p. 28-38, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.5281/zenodo.5559765. Acesso em: 15 abr. 2021.

BARROS, R. Emergência em saúde pública da pandemia da COVID-19: breves apontamentos. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 45, p. 11-18, 2021. Edição especial. Disponível em: https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/3386/2770. Acesso em: 15 abr. 2021.

BEZERRA, L. C. A. *et al*. Identificação e caracterização dos elementos constituintes de uma intervenção: pré-avaliação da política Participa SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 883-900, 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/dxQvnc6JZpwnrNZKtrCDNhj/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 15 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 580 de 27 de março de 2020. Institui a Ação Estratégica "O Brasil Conta Comigo - Residentes na área da Saúde", para o enfrentamento à pandemia coronavírus (COVID-19). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 158, n. 61, p. 75, 30 mar. 2020a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/portaria/prt/portaria%20n%C2%BA%20580-20-ms.htm. Acesso em: 15 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação; Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 45, de 12 de janeiro de 2007. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e Institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 144, n. 10, p. 28-29, 15 jan. 2007.

BRASIL. Ministério da Educação; Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 146, n. 217, p. 7, 13 nov. 2009. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15462-por-1077-12nov-2009&Itemid=30192. Acesso em: 20 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Resolução nº 5, de 7 de novembro de 2014. Dispõe sobre a duração e a carga horária dos programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional e sobre a avaliação e a frequência dos profissionais da saúde residentes. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 151, n. 217, p. 34, 10 nov. 2014. Disponível em: https://abmes.org.br/arquivos/legislacoes/Res-CNRMS-05-2014-11-07.pdf. Acesso em: 15 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Resolução nº 287 de 08 de outubro de 1998*. [Relaciona 14 categorias profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação do Conselho Nacional de Saúde]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1998. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1998/reso287_08_10_1998.html. Acesso em: 15 abr. 2021.

CELLARD, A. A análise documental. *In*: POUPART, J. *et al*. *A pesquisa qualitativa*: enfoques epistemológicos e metodológicos. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2014. p. 295-316.

CHIARELLA, T. *et al*. A pedagogia de Paulo Freire e o processo ensino-aprendizagem na educação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, DF, v. 39, n. 3, p. 418-425, 2015. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1981-52712015v39n3e02062014. Acesso em: 15 abr. 2021.

CICARELLI, K.; VIEIRA, C. M. Processo ensino-aprendizagem nas preceptorias em saúde: percepção e adaptação de residentes multiprofissionais. *Trabalho & Educação*, Belo Horizonte, v. 30, n. 2, p. 121-139, 2021. Disponível em: https://periodicos.ufmg.br/index.php/trabedu/article/view/25225. Acesso em: 29 abr. 2024.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). *Recomendação nº 018, de 26 de março de 2020*. Recomenda a observância do Parecer Técnico nº 106/2020, que dispõe sobre as orientações ao trabalho/atuação dos Residentes em Saúde, no âmbito dos serviços de saúde, durante a Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional em decorrência da Doença por Coronavírus – COVID19. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2020. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1086-recomendacao-n-018-de-26-de-marco-de-2020#:~:text=Residentes%20pertencentes%20ao%20grupo%20de,recomenda%C3%A7%C3%A3o%20das%20autoridades%20sanit%C3%A1rias%20locais. Acesso em: 15 abr. 2021.

DE-CARLI, A. D. *et al*. Integração ensino-serviço-comunidade, metodologias ativas e Sistema Único de Saúde: percepções de estudantes de Odontologia. *Cadernos de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 476-483, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1414-462X201900040452. Acesso em: 15 abr. 2021.

DUARTE, K. C. L. S.; PAZ, A. M. Metodologias ativas de ensino aprendizagem e o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva: o ensino híbrido em ação. *Revista de Saúde Digital e Tecnologias Educacionais*, Fortaleza, v. 5, n. 2, p. 29-37, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.36517/resdite.v5.n2.2020.re3. Acesso em: 15 abr. 2021.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia*: saberes necessários à prática educativa. 27. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

FREIRE, P.; SHOR, I. *Medo e ousadia*: o cotidiano do professor. 13. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.

FRESCHI, M.; RAMOS, M. G. Unidade de aprendizagem: um processo em construção que possibilita o trânsito entre senso comum e conhecimento científico. *Revista Electrónica de Enseñanza de las Ciencias*, [*s. l.*], v. 8, n. 1, p. 156-170, 2009. Disponível em: http://reec.uvigo.es/volumenes/volumen8/ART9_Vol8_N1.pdf. Acesso em: 15 abr. 2021.

FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ BAHIA. *Projeto Político Pedagógico dos Programas de residências integradas de medicina de família e comunidade e multiprofissional em saúde da família.* Salvador: FESF, 2018.

KUBO, O. M.; BOTOMÉ, S. P. Ensino-aprendizagem: uma interação entre dois processos comportamentais. *Interação em Psicologia*, Curitiba, v. 5, n. 1, 2001. Disponível em: http://dx.doi.org/10.5380/psi.v5i1.3321. Acesso em: 15 abr. 2021.

LUCENA, J. F.; SENA, J. G. B. Residência Integrada Multiprofissional em Saúde e a pandemia COVID-19: um relato de experiência. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, [*s. l.*], v. 12, n. 9, p. 1-6, 2020. DOI: https://doi.org/10.25248/reas.e4964.2020. Disponível em: https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/4964/2627. Acesso em: 15 abr. 2021.

MATIAS, A. B. *et al*. A pandemia da COVID-19 e o trabalho docente: percepções de professores de uma universidade pública no estado de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 537-546, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232023282.11972022. Acesso em: 15 abr. 2021.

MEDEIROS, P. F. P. *et al*. Um estudo sobre a avaliabilidade do Programa + Vida: política de redução de danos em álcool, fumo e outras drogas do município de Recife, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 10, p. S209-S217, 2010. Suplemento 1. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/6Kd3DHWCkdsX8gyqP4JQ5hH/abstract/?lang=pt. Acesso em: 15 abr. 2021.

MEDINA, M. G. *et al*. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. *In*: HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (org.). *Avaliação em saúde*: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: Edufba: Fiocruz, 2005. p. 41-64.

MUELLER, V. *O papel das Residências em Saúde na qualificação e expansão da Atenção Primária*: saberes e impressões na perspectiva do usuário. 2018. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: https://www.bdtd.uerj.br:8443/handle/1/4454. Acesso em: 15 abr. 2021.

NALOM, D. M. F. *et al*. Ensino em saúde: aprendizagem a partir da prática profissional. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1699-1708, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.04412019. Acesso em: 15 abr. 2021.

OLIVEIRA, G. *et al*. Impacto da pandemia da covid-19 na formação de residentes em saúde. *Brazilian Journal of Development*, Curitiba, v. 6, n. 11, p. 90068-90083, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.34117/bjdv6n11-425. Acesso em: 15 abr. 2021.

OMS; OPAS. *Folha informativa sobre COVID-19*. [*S. l*., 2020]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875. Acesso em: 15 abr. 2021.

PRATA, J. A. *et al*. Mediações pedagógicas de ensino não formal da enfermagem durante a pandemia de COVID-19. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 73, p. 1-5, 2020. Suplemento 2. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0499. Acesso em: 15 abr. 2021.

RIBEIRO, K. R. B. *Residências em Saúde*: saberes do preceptor no processo ensino-aprendizagem. 2015. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015. Disponível em: https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/158877. Acesso em: 15 abr. 2021.

RODRIGUES, M. E. D. C. *et al*. A pós-graduação como lócus de formação para a docência: uma experiência com metodologias ativas de ensino-aprendizagem na área da saúde. *Barbarói*, Santa Cruz do Sul, n. 56, p. 104-126, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.17058/barbaroi.voio.14825. Acesso em: 15 abr. 2021.

SILVA, Q. T. A. da. *Residência multiprofissional em Saúde*: o estar-junto dos residentes em saúde. 2010. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010. Disponível em: https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/29960/000778835.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 15 abr. 2021.

VIEIRA, S. L. *et al*. Diálogo e ensino-aprendizagem na formação técnica em saúde. *Trabalho, educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 18, p. 1-25, 2020. Suplemento 1. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00253. Acesso em: 15 abr. 2021.

VIEIRA, S. L. *Movimento ensino-aprendizagem no curso técnico de enfermagem: educando(a)s em contexto de vulnerabilidade social*. 2017. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2017. Disponível em: https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/24906/1/Tese_enf_Silvana%20Lima%20Vieira.pdf. Acesso em: 20 maio 2022.

CAPÍTULO 6

A ótica da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde e o modelo biopsicossocial

DENISE VASCONCELOS FERNANDES
MÁRCIO COSTA DE SOUZA
JORGE LOPES CAVALCANTE NETO

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2001, é um modelo capaz de estruturar e documentar informações a respeito da funcionalidade e incapacidade, com uma linguagem comum para a prática clínica (Magalhães *et al.*, 2019; OMS, 2013).

A funcionalidade é o termo-chave do modelo da CIF e é usada no aspecto positivo das experiências humanas que abrangem as funções e estruturas do corpo, atividades e participação dos indivíduos, sendo o aspecto negativo correspondente à incapacidade, referindo-se às deficiências ou prejuízos nas funções e estruturas do corpo, limitação de atividades ou restrição na participação, ambos – funcionalidade e incapacidade – sob uma perspectiva biológica, individual e social. O termo funcionalidade é reconhecido pela OMS como o terceiro indicador de saúde, junto à mortalidade e morbidade, e sintetiza a operacionalização da saúde biológica e da saúde vivida (Farias; Buchalla, 2005; OMS, 2013).

Compondo um universo de finalidades, a CIF possui objetivos que vão desde a possibilidade de se instituir uma linguagem comum para a descrição de saúde e dos estados relacionados a esta, proporcionar bases científicas para

a compreensão e o estudo da saúde, até viabilizar um esquema de codificação para sistemas de informação em saúde, servindo assim para setores e disciplinas diversas (OMS; OPAS, 2020).

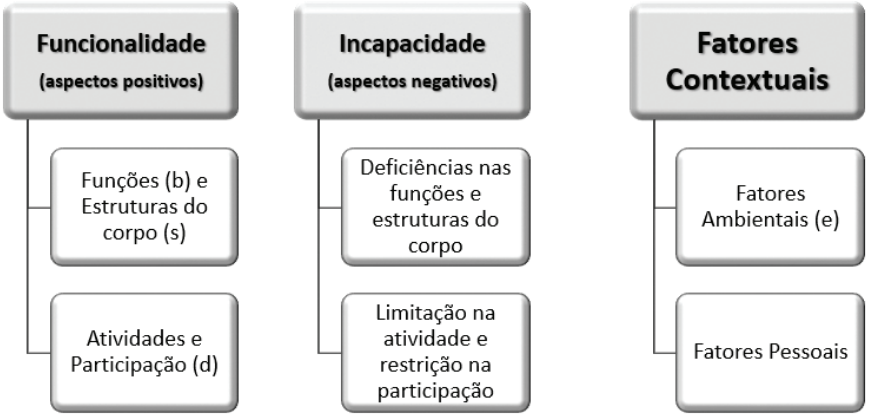
Por se tratar de uma classificação da saúde e dos estados relacionados com a saúde, a CIF, conforme a OMS, pode ser utilizada por esferas distintas, as quais envolvem saúde, educação, trabalho, seguros, economia, segurança social, alterações ambientais e desenvolvimento de políticas e legislação em geral. Por conseguinte, é aceita como uma das classificações sociais das Nações Unidas e mencionada e incorporada nas Regras Uniformes para a Igualdade de Oportunidades para Pessoas com Incapacidade. Dessa forma, a CIF constitui-se como instrumento adequado para a elaboração de legislação internacional sobre os direitos humanos, assim como de legislação a nível nacional (OMS; OPAS, 2020).

Fundamentada na agregação dos modelos biomédico e social, a CIF instrumentaliza uma abordagem biopsicossocial e multidimensional, por meio de uma visão coerente das diferentes concepções de saúde e incapacidade. Consequentemente, apresenta um sistema de classificação cientificamente consensual e sólido, importante para avaliar a funcionalidade e incapacidade em diferentes agravos e contextos (OMS, 2013; OMS; OPAS, 2020).

Tendo por base as condições estruturais e ambientais que interferem na funcionalidade dos indivíduos, a CIF é aplicável a todas as pessoas, pois engloba todos os aspectos relacionados à saúde humana e algumas questões pertinentes para a saúde relacionadas ao bem-estar, descrevendo-os em domínios de saúde e domínios relacionados à saúde, organizando as suas informações em duas partes, com dois componentes cada: a primeira em funcionalidade e incapacidade; e a segunda em fatores contextuais. A primeira se subdivide em componentes de: funções do corpo e estruturas do corpo, atividades e participação. A segunda em: fatores ambientais e pessoais – que ainda não são detalhados na CIF, pela sua variedade extrema (Dornelas *et al*., 2014; OMS; OPAS, 2020). A Figura 1 apresenta um esquema gráfico dos componentes da CIF e suas relações para maior compreensão.

É interessante salientar que ainda que descreva a situação de saúde de cada pessoa, dentro de um universo de domínios, a CIF não classifica pessoas, ou seja, os indivíduos não são as unidades de classificação, acontece tão somente uma descrição dessas pessoas, alinhada aos fatores contextuais (OMS; OPAS, 2020).

Figura 1 – Sistematização gráfica dos componentes da CIF e suas relações



Fonte: elaborada pelos autores.

No Brasil, leis e políticas como a Lei Brasileira de Inclusão e a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência estruturam-se com base nos conceitos da CIF, sendo o modelo biopsicossocial utilizado desde 2007 como forma de avaliação da deficiência para concessão de benefícios, tais como o Benefício de Prestação Continuada (BPC) (BRASIL, 2012) o qual, atualmente, tem como prerrogativa uma avaliação mais ampla da deficiência e socialmente mais justa, com uma proposta de superação do modelo centrado na patologia, incorporando as restrições à participação social do indivíduo, conforme recomenda a CIF (França, 2013).

Ainda assim, são discretas as tentativas de sistematizar a CIF na assistência à saúde, mesmo sendo o seu uso um dos itens de verificação do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS), na avaliação dos Centros Especializados em Reabilitação (CER) – em complementação à Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (Biz; Chun, 2020; Brasil, 2015).

À vista disso, são discutidos na literatura diversos desafios para a adoção da CIF que convergem para a necessidade de trabalho em equipe, suporte gerencial e uma mudança de cultura. Têm sido estabelecidos programas de treinamento e formações que são considerados eficazes no ensino de profissionais de saúde e assistência social sobre a classificação. Nestes, os objetivos, a lógica da CIF e as habilidades em usá-la devem ser ensinadas de forma acessível, universal e

padronizada, engrandecendo seus atributos de comparabilidade e harmonização. Para tal, destaca-se a necessidade de facilitadores externos com experiência na CIF (Björck-Åkesson *et al*., 2010; Tempest *et al*., 2012).

O modelo da CIF colabora para a tomada de decisão e estabelecimento de metas, e na determinação dos resultados significativos por se apresentar como guia importante para a seleção de instrumentos de medição em diversas áreas, como é o caso do crescimento exponencial no campo da reabilitação infantil. Isso se traduz na oportunidade para auxiliar a integração das várias perspectivas relativas à reabilitação de crianças com algum tipo de deficiência (Dornelas, 2014; OMS, 2013).

Nesse sentido, a classificação assume um papel de guia no processo de avaliação, planejamento da intervenção e ponderações/revisões do tratamento realizado em crianças com alterações neurológicas. Com base nela, diferentes instrumentos podem ser utilizados para alcançar os vários conceitos do modelo, que se tornou um referencial que melhor retrata os princípios e valores do modelo biopsicossocial, compreendendo funcionalidade e deficiência como uma interação dinâmica entre problemas de saúde e fatores contextuais, tanto pessoais quanto ambientais (Ferreira *et al*., 2018; OMS; OPAS, 2020).

Várias estratégias vêm sendo propostas para introduzir a CIF aos serviços públicos de saúde e reabilitação, isso porque o seu uso redireciona os modelos centrados exclusivamente nas doenças e busca efetuar o modelo social da deficiência, levando em consideração o ambiente da criança e os fatores pessoais que influenciam a saúde e as atividades nesse contexto. As ferramentas baseadas na CIF, como os conjuntos básicos da CIF, fornecem um grupo de categorias relevantes para uma avaliação efetiva e objetiva da funcionalidade e incapacidade. A utilização desses conjuntos pode ajudar os profissionais a compreender melhor as necessidades das famílias e de seus filhos e, portanto, melhorar a colaboração família-profissional (Ferreira *et al*., 2018; OMS; OPAS, 2020; Rosenbaum, 2016).

O desafio da operacionalização da CIF, especialmente em cidades do Nordeste do Brasil onde se encontram contextos de grande vulnerabilidade, tem sido posto como forma de promover a integralidade do cuidado em saúde e o redirecionamento de um modelo centrado na doença para um modelo biopsicossocial, de forma que o diálogo e as relações estabelecidas no encontro entre serviços de saúde, profissionais e usuários atendam às necessidades reais da população, numa perspectiva ampliada da saúde coletiva (Fernandes *et al*., 2022).

No país, as informações relacionadas à saúde têm como principal fonte os sistemas nacionais de informação em saúde, os quais são diretamente gerenciados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, nestes, os dados levantados sobre funcionalidade demonstram uma falta de padronização adequada na coleta e interpretação (Castro *et al*., 2016). Essa indefinição das informações prejudica o desenvolvimento de políticas públicas adequadas que tenham como objetivo desenvolver de modo intersetorial ações que apresentem resultados concretos de mudança sob a funcionalidade, incapacidades, limitações nas atividades e restrição na participação (Araujo, 2011).

No Brasil, ainda é incipiente a formulação de políticas públicas que de forma transversal e integral delineiem perfis de funcionalidade e incidência de incapacidades, como também as propostas sobre as gerações futuras, que tenham como base o conceito ampliado de saúde proposto pela OMS e a fiel operacionalização das diretrizes e princípios do SUS, tais como a integralidade no cuidado (Brasil, 2013).

Diante disso, mostra-se cada vez maior a necessidade de um redirecionamento da visão sobre a saúde e seus aspectos, modificando o olhar sobre a doença – deixando de vê-la apenas em seus aspectos biológicos – e inserindo corretamente os aspectos relacionados à saúde e que avaliem a funcionalidade dos indivíduos com vistas à participação social destes (Brasil, 2013).

Converter o olhar para as alterações da funcionalidade, faz alavancar as atividades funcionais dos indivíduos e assim impulsionar a sua participação social e exercício da cidadania, o que permite efetivar um modelo de atenção à saúde e cuidado que leve em consideração os aspectos tanto biológicos como sociais (Biz, 2015).

Percebe-se ainda uma timidez nas ações voltadas à utilização da CIF no SUS, mesmo considerando a publicação da Resolução nº 452/12, que dispõe sobre a utilização da CIF no SUS. Portanto, há a necessidade do investimento em formações profissionais e estudantis para o uso da CIF, discussão da participação e inclusão, redirecionamento do cuidado e a produção de dados confiáveis sobre a saúde dos indivíduos e populações (Biz, 2015).

Ademais, a CIF por ajudar a evitar duplicação ou mecanismos contraditórios na prestação dos serviços, revela-se como recurso técnico para a análise de opções de políticas e para o desenvolvimento de modelos que possam prever o impacto provável dessas opções. O que possibilita que uma amostra específica

da população seja comparada com a população geral, estimando necessidades não atendidas de forma potencial. O registro comparável de incapacidade entre as diferentes áreas políticas é importante para uma prestação de serviço igualitária e para o estabelecimento de responsabilidades (OMS, 2013).

Dessa maneira, esse modelo facilita a comparabilidade entre diferentes opções de políticas no que se refere à cobertura, objetivos, instrumentos, estratégias, responsabilidades e mecanismos de financiamento da política, e pode ajudar a desenvolver uma abordagem centrada na pessoa, nos serviços de saúde e nos serviços relacionados com a participação na educação, emprego ou engajamento da comunidade (OMS, 2013).

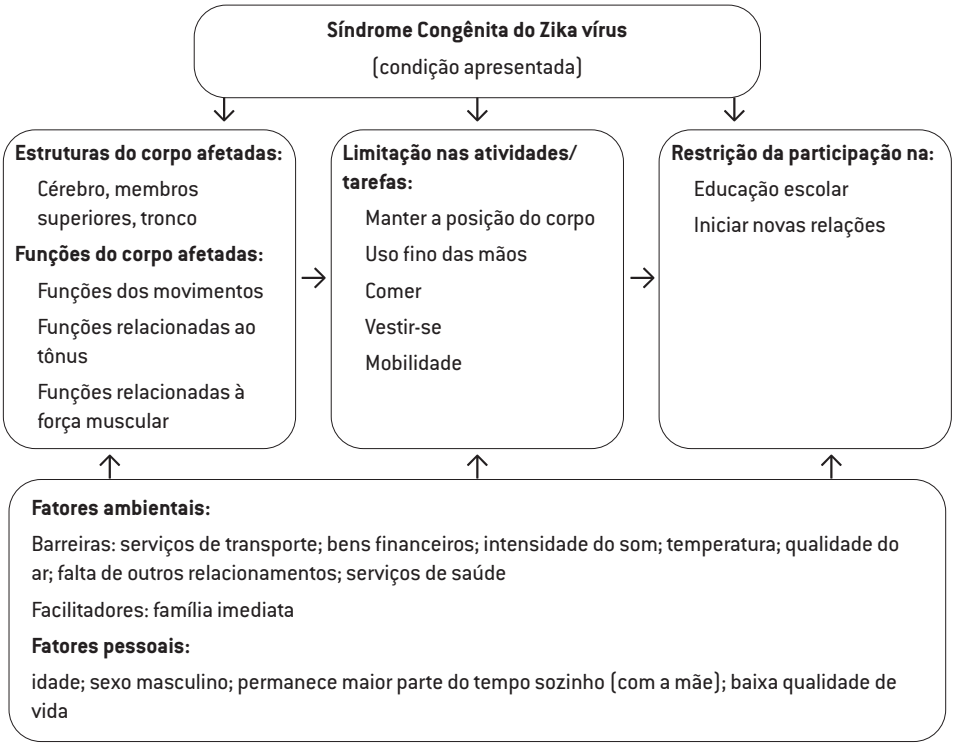
Assim, com base na contextualização apresentada e como forma de melhor compreender a aplicabilidade da CIF no contexto da reabilitação no SUS, o seguinte caso é posto como exemplo:

> *J.M.C, 6 anos, sexo masculino, morador do interior da Bahia, com diagnóstico de Síndrome Congênita do Zika vírus frequenta desde o segundo mês de idade o Centro Especializado em Reabilitação (CER). Para ter acesso ao serviço, a mãe de J.M.C precisa acordar às cinco horas da manhã para arrumar a criança, tomar café, ficar pronta e aguardar o carro da prefeitura buscá-la, já que ela mora a 60 quilômetros do município no qual está instalado o CER e J.M.C não consegue comer ou vestir-se sozinho, pois seus braços são rígidos e não tem movimento voluntário. Nas últimas três semanas, a criança não compareceu aos atendimentos, então a equipe, representada pela assistente social, entrou em contato para saber o motivo de tantas faltas. Quando questionada, a mãe da criança, que é sempre assídua, afirma que no período junino o transporte ficou difícil, e ela não conseguiu ninguém para levá-la, uma vez que não tem transporte próprio e as passagens em carro de linha são caras para a sua realidade financeira. Outro motivo justificado pela mãe foi que as crises convulsivas da criança pioraram, o que ela associa à grande quantidade de bombas, frio e fumaça que são típicos da época, mas também afirma que faz muito tempo que não consegue uma consulta com a neuropediatra para saber se as medicações ainda estão adequadas para ele, pois está aguardando vaga. Sempre foi a mãe que levou J.M.C para as consultas e nos últimos meses ela tem se mostrado cansada e desmotivada, relata que não tem momentos de lazer para ela ou para a criança e que os dois quase sempre ficam sozinhos em casa enquanto o pai trabalha fora, exceto quando sua mãe e irmãs vêm visita-las – momentos que ela e ele se sentem mais alegres –, além disso, relata que como a criança ainda não consegue 'firmar seu tronco' para sentar sozinha, ela precisa estar alerta*

constantemente para evitar que a criança sofra quedas do sofá da casa e por esse motivo, também não tem coragem de deixar a criança na escola (SIC). J.M.C não possui cadeira de rodas, está na fila da concessão de um serviço na capital baiana há 1 ano e 5 meses.

No caso apresentado, o uso da CIF pode embasar o planejamento terapêutico singular (PTS), que configura uma estratégia de humanização do SUS, que põe em destaque a prática interprofissional, e tem como propósito a integralidade da atenção (Silva *et al*., 2013). O PTS é um "um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar" (Brasil, 2007. p. 40). Em termos práticos, poderíamos usar o esquema da CIF para embasar o PTS da seguinte forma:

Figura 2 – Exemplo do esquema da CIF mediante o caso clínico apresentado



Fonte: elaborada pelos autores.

Quando há uma avaliação baseada na CIF, todas as possíveis demandas são elencadas dentro dos domínios de saúde e relacionadas à saúde, de forma que após uma discussão compartilhada do caso, é possível por meio dos diferentes saberes traçar metas que tenham como objetivo responder às demandas objetivas e subjetivas do usuário. Nesse sentido, Merhy (1999) afirma que o PTS tem como via final a produção da autonomia do usuário e apropriação do seu processo de cuidado e isso ratifica a concepção do PTS como um arranjo gestor e operador do cuidado. É no espaço de sua construção que as equipes articulam seus recursos e identificam a necessidade de outros, podendo pedir ajuda quando perceber suas dificuldades e seus limites, sendo um excelente espaço de troca e de valorização dos encontros (Brasil, 2007).

Finalmente, a relevância do uso da CIF no processo de cuidado dos indivíduos vai além da correta codificação e possibilidade de melhorias nos sistemas de informação. Seu uso pode ressignificar todo um modelo de atenção, transpondo as práticas centradas nas doenças para um olhar e uma intervenção biopsicossocial, com práticas cada vez mais colaborativas e um melhor direcionamento das políticas públicas.

Referências

ARAUJO, E. S. de. *Manual de utilização da CIF em saúde funcional*. São Paulo: Andreoli, 2011.

BIZ, M. C. P. A CIF e sua importância nas políticas públicas. *Revista Científica CIF Brasil*, [*s. l.*], v. 3, n. 3, p. 40-48, 2015.

BIZ, M. C. P.; CHUN, R. Y. S. Operacionalização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, CIF, em um Centro Especializado em Reabilitação. *CoDAS*, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 1-15, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/codas/a/Q3WB9fDQVgsY3M8pxCzp3dQ/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 24 jan. 2022.

BJÖRCK-ÅKESSON, E. *et al.* The International Classification of Functioning, Disability and Health and the version for children and youth as a tool in child habilitation/early childhood intervention–feasibility and usefulness as a common language and frame of reference for practice. *Disability and Rehabilitation*, [London], v. 32, p. 125-138, 2010. Suplemento 1. Disponível em: https://doi.org/10.3109/09638288.2010.516787. Acesso em: 24 fev. 2022.

BRASIL, A. C. de O. Promoção de saúde e a funcionalidade humana: editorial. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, Fortaleza, v. 26, n. 1, p. 1-4, 2013. Disponível em: https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/2646/pdf. Acesso em: 10 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *PNASS*: Programa Nacional de avaliação dos serviços de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnass_programa_nacional_avaliacao_servicos.pdf. Acesso em: 11 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 149, n. 80, p. 94-96, 25 abr. 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html. Acesso em: 11 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Clínica ampliada, Equipe de referência e projeto terapêutico singular.* 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_equipe_projeto_2ed.pdf. Acesso em: 10 jul. 2022.

CASTRO, S. S. de. *et al*. Aferição de funcionalidade em inquéritos de saúde no Brasil: discussão sobre instrumentos baseados na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 679-687, 2016. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1980-5497201600030018. Acesso em: 5 jun. 2022.

DORNELAS, L. F. *et al*. Aplicabilidade da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) para a avaliação de crianças com paralisia cerebral: uma revisão sistemática. *Cadernos de Terapia Ocupacional*, São Carlos, SP, v. 22, n. 3, p. 579-590, 2014. Disponível em: https://doi.org/10.4322/cto.2014.080. Acesso em: 11 maio 2022.

FARIAS, N.; BUCHALLA, C. M. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 187-193, 2005. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1415-790X2005000200011. Acesso em: 2 ago. 2022.

FERNANDES, D. V. *et al*. Os Desafios da Aplicação do Modelo Biopsicossocial nos Centros de Reabilitação. *Revista Movimenta*, Goiânia, v. 15, n. 1, p. 1-2, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.31668/movimenta.v15i1.13008. Acesso em: 15 set. 2021.

FERREIRA, H. N. C. *et al.* Functioning and Disability Profile of Children with Microcephaly Associated with Congenital Zika Virus Infection. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Basel, v. 15, n. 6, p. 1107, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.3390/ijerph15061107. Acesso em: 12 maio 2022.

FRANÇA, A. P. *Benefício de prestação continuada da assistência social para pessoas com deficiência*: uma análise do novo modelo de concessão baseado na CIF. 2013. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão de Políticas Públicas de Proteção e Desenvolvimento Social) – Escola Nacional de Administração Pública, Brasília, DF, 2013. Disponível em: https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/3139/1/Alex%20P.%20

Fran%C3%A7a.pdf. Acesso em:
14 jun. 2021.

MAGALHÃES, F. de B. *et al.* Avaliação de incapacidade e funcionalidade de trabalhadoras com LER/DORT: uso da CIF em *checklist*. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 545-556, 2019. Disponível em: https://cdn.publisher.gn1.link/rbmt.org.br/pdf/v17n4a13.pdf. Acesso em: 12 fev. 2022.

MERHY, E. E. Apostando em projetos terapêuticos cuidadores: desafios para a mudança da escola médico ou utilizando-se da produção dos projetos terapêuticos em saúde como dispositivo de transformação das práticas de ensino-aprendizagem que definem os perfis profissionais dos médicos. *Revista Saúde Coletiva*, [Niterói], v. 10, n. 5, p. 13-17, 1999.

OMS. *Como usar a CIF*: Um manual prático para o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Genebra: OMS, 2013. Disponível em: http://www.fsp.usp.br/cbcd/wp-content/uploads/2015/11/Manual-Pra%CC%81tico-daCIF.pdf. Acesso em: 1 abr. 2021.

OMS; OPAS. *CIF*: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. São Paulo: Edusp, 2020.

ROSENBAUM, P. Changing the discourse: we all must be knowledge brokers. *Development Medicine & Child Neurology*, Milwaukee, v. 58, n. 12, p. 1204, 2016. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/310469969_Changing_the_discourse_we_all_must_be_knowledge_brokers. Acesso em: 14 maio 2021.

SILVA, E. P. *et al*. Projeto terapêutico singular como estratégia de prática da multiprofissionalidade nas ações de saúde. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, João Pessoa, v. 17, n. 2, p. 197-202, 2013. Disponível em: https://app.uff.br/slab/uploads/Projeto_Terap%C3%AAutico_Singular_como_Estrat%C3%A9gia_de_Pr%C3%A1tica_da_Multiprofissionalidade_nas_A%C3%A7%C3%B5es_de_Sa%C3%BAde.pdf. Acesso em: 1 abr. 2021.

TEMPEST, S. *et al*. To adopt is to adapt: the process of implementing the ICF with an acute stroke multidisciplinary team in England. *Disability and Rehabilitation*, [London], v. 34, n. 20, p. 1686-1694, 2012. Disponível em: https://doi.org/10.3109%2F09638288.2012.658489. Acesso em: 2 abr. 2021.

CAPÍTULO 7

Fatores intervenientes à notificação de potencial doador de córneas na perspectiva da equipe multiprofissional de terapia intensiva

MINEIA PEREIRA DA HORA
SILVANA LIMA VIEIRA
THADEU BORGES SOUZA SANTOS
MAGNO CONCEIÇÃO DAS MERCÊS

Introdução

A notificação de Potencial Doador (PD) é a primeira etapa do processo de doação de órgãos e tecidos, sendo indispensável para o sucesso de qualquer programa de transplante. Trata-se de um procedimento obrigatório aos profissionais de saúde, independentemente da intenção de doação de órgãos pela família (Brasil, 2001).

No Brasil, um PD doador de múltiplos órgãos é um indivíduo com Morte Encefálica (ME) suspeita, ou confirmada a partir de critérios clínicos e tecnológicos definidos pelo Conselho Federal de Medicina (CFM, 2017). Já um PD de córnea é um indivíduo entre 2 e 80 anos, com ME suspeita, confirmada ou após morte por Parada Cardiorrespiratória (PCR) ocorrida dentro de um período de seis horas (Brasil, 2008).

A córnea é desprovida de vasculatura, característica que minimiza o risco de rejeição do enxerto em caso de transplante, o que torna esse tratamento o tipo mais comum de transplante alogênico do mundo e o tipo de transplante de maior sucesso no corpo humano (Amiri *et al*., 2017; Singh *et al*., 2019).

Trata-se de um recurso terapêutico de grande impacto social, pois a deficiência visual é um grande problema de saúde pública que causa impactos significativos para o indivíduo e a sociedade. Estima-se que pelo menos 2,2 bilhões de pessoas em todo o mundo têm deficiência visual e destas, mais de 1 bilhão têm deficiência visual moderada ou severa, ou cegueira de uma causa evitável ou potencialmente corrigível. Entre estas, as doenças da córnea destacam-se por causar cegueira em pelo menos 10 milhões de pessoas (WHO, 2021).

Para que a técnica de transplante seja utilizada em maior escala, a escassez de doadores em todo o mundo é um grande desafio a ser superado pelos serviços de saúde pela sociedade. O número de pacientes nas filas de espera excede o número de tecidos disponíveis, causando um desequilíbrio entre a oferta de doadores e a demanda dos receptores (Lartey *et al*., 2019; Williams; Muir, 2018).

Esse desequilíbrio se mostrou ainda mais flagrante no ano de 2020, devido à pandemia da covid-19, quando o transplante de córnea de natureza eletiva foi suspenso em consequência do colapso dos serviços de saúde em nível mundial. Assim, a grave condição sanitária somou-se aos desafios já existentes, como os elevados índices de recusa familiar e o baixo índice de notificação de PD pelas equipes de saúde, o que contribuiu ainda mais para essa disparidade (Almutlak *et al*., 2021; Desautels *et al*., 2020; Parekh *et al*., 2022).

No Brasil, após a suspensão dos procedimentos eletivos em 2020 pelo Ministério da Saúde (MS) como uma das medidas de enfrentamento da pandemia – incluindo-se o transplante de córneas – houve redução significativa nas taxas de transplante desse tecido, sendo uma queda de 52,7% na taxa de transplante e 33,9% na taxa de doação por milhão populacional (PMP) (Brasil, 2020; Registro Brasileiro de Transplantes, 2020).

A Bahia, que possui uma série histórica com baixos índices de doação de córneas, também sofreu as consequências do cenário pandêmico. O estado realizou 288 transplantes desse tecido em 2020, apresentando uma queda de 61% em relação ao ano de 2019, quando registrou 743 transplantes, e deixando

o estado em 20ª posição no país (Registro Brasileiro de Transplantes, 2020). A lista de espera no estado, atualizada em maio deste ano pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (Sesab), é de 1.023 pessoas (Bahia, [2022]).

O estado possui um sistema de transplante estruturado e organizado, com Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos Estaduais e Comissões Intra-hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT) (Brasil, 2021a). Essa última possui, dentre outras atribuições, a de realizar busca ativa nas unidades para identificação dos PDs, especialmente nas emergências e Unidades de Terapia Intensiva (UTI), onde os PDs se encontram com maior frequência (Brasil, 2010; Tranquitelli; Padilha, 2007).

A despeito de ser uma importante etapa do processo de doação de córneas, a notificação de PDs pela equipe multiprofissional se mostra como um dos entraves para a doação desse tecido no país (Diaz; Ribeiro; Chaoubah, 2017). Entre os fatores que contribuem para essa realidade, estão o desconhecimento da equipe, a ineficiência dos recursos humanos e a insatisfação com o trabalho (Souza *et al*., 2018).

Em 2020 foram realizadas 7.213 notificações de óbitos na Bahia, sendo a instituição lócus do estudo responsável por 20 destas (3,6%), segundo o Registro Bahiano de Transplantes (Bahia, 2021a). A instituição ficou em 25ª posição em notificações no estado. Não obstante, quando se trata de notificação de ME, o hospital foi o segundo que mais notificou em números absolutos (50), o que demonstra que a principal lacuna é acerca da notificação de PD de córneas (Bahia, 2021a).

Assim, pode-se se presumir que a causa do baixo índice de notificação de PD de córneas pela equipe multiprofissional pode ser multifatorial e a investigação desses fatores é importante para adoção de estratégias de melhorias e mudança dessa realidade.

Diante do exposto, o estudo toma por base o seguinte questionamento: quais são os fatores intervenientes para a notificação de PD de córneas pela equipe multiprofissional das UTIs?

Dessa forma, este capítulo tem como objetivo geral identificar os fatores intervenientes à notificação de PD de córneas na perspectiva da equipe multiprofissional de terapia intensiva de um hospital público da Bahia.

Método

Trata-se de uma pesquisa exploratória, com abordagem qualitativa, em que o método escolhido foi o estudo de caso, por se tratar de uma investigação empírica que analisa um fenômeno contemporâneo em profundidade e em seu contexto de mundo real (Yin, 2015).

A pesquisa foi realizada no Hospital Geral Roberto Santos (HGRS), maior unidade da rede própria do SUS Bahia, com 640 leitos, situado em Salvador. O HGRS compõe a rede assistencial da macrorregião de Leste – macrorregião Centro Norte –, com população de aproximadamente 67.527 habitantes (Bahia, 2021b).

O cenário para a realização da pesquisa foi as UTIs adulto, que recebem pacientes críticos de perfil clínico e cirúrgico de diversas especialidades. No total, a UTI Cardiovascular possui 30 leitos; a UTI Geral, 20 leitos; e as UTI Cirúrgica, Neurológica e UTI Geral 2 possuem 10 leitos cada, perfazendo um total de 80 leitos ativos (Bahia, 2021b).

Esse hospital é centro de formação profissional para graduação e Residências Médica e Multiprofissional em Saúde, sendo unidade de alta complexidade assistencial, referência para neurologia, neurocirurgia, clínica médica, entre outras (Bahia, 2021b; Brasil, 2018).

Os participantes do estudo foram 20 profissionais da equipe multiprofissional atuantes nas UTIs, envolvidos no processo de notificação de PD. Como critérios para participação na pesquisa, os sujeitos deveriam já ter atuado em UTI por pelo menos seis meses, não estarem em período de férias ou licença, não mencionarem problemas éticos e/ou psicoemocionais relacionados ao tema transplante de órgãos.

A coleta de dados foi realizada por meio de uma entrevista individual norteada por um formulário semiestruturado, dividido em duas partes: a primeira, com questões relacionadas à formação profissional e a segunda, com as seguintes questões norteadoras: quais facilidades você identifica no processo de notificação de PD de córneas na sua atuação profissional? Quais dificuldades você identifica no processo de notificação de PD de córneas na sua atuação profissional?

As entrevistas foram realizadas pela primeira autora da pesquisa, nas modalidades presencial e *on-line*, com agendamento prévio, respeitando a disponibilidade e o horário dos participantes, bem como a privacidade e o anonimato destes. A duração média foi de 8 minutos, com variação de 5 minutos e 22

segundos a 18 minutos. As respostas foram transcritas assegurando-se o anonimato dos participantes, utilizando como código as letras que representam a categoria profissional do entrevistado: AS (Assistente Social), E (Enfermeiro), F (Fisioterapeuta), M (Médico), P (Psicólogo), TE (Técnico de Enfermagem) e TO (Terapeuta Ocupacional) e um número determinado pela ordem das entrevistas, por exemplo: E01; TE03; TO01.

A análise de dados foi norteada pela análise temática de conteúdo, que é a contagem de um ou vários temas ou itens de significação, numa unidade de codificação previamente determinada, que se desenvolve em três fases: 1) pré-análise; 2) exploração do material; 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação (Bardin, 2016).

Todos os sujeitos participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A pesquisa respeitou os aspectos éticos, conforme os princípios contidos na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), de forma a assegurar os direitos e os deveres dos participantes, e seguiu as orientações para procedimentos em pesquisas em ambiente virtual da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Brasil, 2012, 2021b). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado da Bahia (UNEB) sob o Parecer nº 4.636.399, CAAE 43594621.5.0000.0057.

Resultados e discussão

Dentre os trabalhadores da equipe multiprofissional das UTIs do hospital, 20 participaram da pesquisa. No total, foram entrevistados dois assistentes sociais, quatro enfermeiros, quatro fisioterapeutas, três médicos, dois psicólogos, quatro técnicos de enfermagem e um terapeuta ocupacional. O gênero mais predominante foi o feminino (12), equivalendo a 60% dos entrevistados, e o masculino (8), equivalendo a 40%.

O tempo de atuação no hospital variou de 1 ano e 3 meses a 16 anos, com média de 6 anos de atuação, sendo que todos os participantes estatutários tinham um tempo de atuação superior a 10 anos na instituição. O tempo de atuação na UTI variou de 1 a 16 anos, com média de 4,7 anos. Do total de participantes, 13 (65%) tinham vínculo terceirizado, 2 (10%) tinham vínculo Pessoa Jurídica (PJ) e 5 (25%) eram estatutários, demonstrando a prevalência de profissionais com vínculo precário dentre os entrevistados.

A síntese dos resultados conforme a análise da cultura organizacional está esquematizada no Quadro 1.

Quadro 1 – Síntese da cultura organizacional sobre fatores intervenientes à notificação de PD de córneas na perspectiva da equipe multiprofissional de terapia intensiva de um centro transplantador do SUS-Bahia

Categorias Resultados	**Crenças/valores**	**Suposições básicas**
Núcleos de sentidos	A CIHDOTT facilita o processo de notificação de PD de córneas	Desconhecimento, desinteresse e alta rotatividade explicam o baixo índice de notificação pela equipe.
	Relevância atribuída ao trabalho da CIHDOTT.	

Fonte: elaborado pelos autores.

Por meio dos procedimentos de análise dos dados à luz do referencial teórico de cultura organizacional de Schein (2009), emergiram duas categorias temáticas: crenças e valores organizacionais diante do processo de notificação de PD de córneas e dificuldades pressupostas no processo de notificação de PD de córneas.

Crenças e valores organizacionais diante do processo de notificação de potencial doador de córneas

Para a equipe multiprofissional das UTIs, a CIHDOTT facilita o processo de notificação, realizando atividades que permitem maior organização dos processos relacionados à doação de córneas. Os profissionais reconhecem a importância da busca ativa de PD's que são realizadas com frequência por essa comissão nas unidades.

> *Hoje a gente é informado pelo CIHDOTT. Na maioria das vezes é o CIHDOTT que faz a visita e comunicam pra gente.* (AS02)
>
> *O CIHDOTT é muito presente lá. Então, eles fazem a busca ativa, eles sempre estão dentro das UTIs buscando e eu acho que essa movimentação é por parte deles e não nossa, eu acho que também já é um facilitador.* (E04)
>
> *O CIHDOTT está sempre lá.* (F01)

A prática de busca ativa é de extrema importância para o processo de notificação. Trata-se da investigação da existência de pacientes que ainda não têm diagnóstico de ME, mas possuem quadro clínico sugestivo de tal diagnóstico (Tolfo *et al*., 2018).

Essa prática demonstra a determinação da CIHDOTT para alcançar melhorias no processo e, ao ser percebida continuamente pela equipe, constrói ou reforça um comportamento positivo acerca da importância da identificação precoce do PD. Essa afirmação reside no fato de que as crenças, ao traduzirem verdades concebidas ou aceitas a partir da observação de fatos e pela convivência em um grupo de pessoas, influenciam de forma consciente o comportamento das pessoas (Crozatti, 1998).

Além da crença de que a comissão facilita o processo de notificação, a análise das falas possibilitou identificar que a equipe reconhece valores como proatividade, acessibilidade, organização, capacidade técnica e trabalho multidisciplinar nas ações da CIHDOTT. Para os participantes, essa comissão é organizada e possui profissionais preparados e acessíveis para atendimento das demandas da equipe multiprofissional.

> *A partir do momento que a gente toma conhecimento, o CIHDOTT está ali à disposição, a gente conversa e eles ajudam.* (AS01)
>
> *A facilidade também é de comunicação tanto com esse serviço via telefone ou pessoalmente e de te esclarecer dúvidas também.* (E01)
>
> *Eu acho que o que facilita mesmo é a atuação do CIHDOTT, porque eles são acessíveis à gente e essa ponte facilita bastante o nosso trabalho.* (TE01)

Entre as atribuições da CIHDOTT estabelecidas pela Portaria nº 2.600/2009, destaca-se a articulação com as equipes do estabelecimento de saúde, especialmente as das UTIs e Urgência e Emergência, no sentido de identificar os potenciais doadores e estimular seu adequado suporte para fins de doação, além de responsabilizar-se pela Educação Permanente em Saúde (EPS) dos funcionários da instituição (Brasil, 2009).

Atividades de EPS para os profissionais viabilizam melhorias tanto na capacitação da equipe quanto na identificação de PDs de órgãos e tecidos nessas unidades (Costa *et al*., 2019; Tolfo *et al*., 2018). Nesse estudo, a equipe relata que

tais atividades são frequentes por parte dos profissionais da CIHDOTT, o que demonstra consonância com a Política Nacional de Doação de Órgãos e Tecidos.

Organização, capacidade técnica e trabalho multidisciplinar da CIHDOTT também são características que facilitam o processo de notificação, sob a ótica dos profissionais das UTIs.

> *Eu vejo ali as equipes que ficam no CIHDOTT, eles estão preparados tanto para a coleta dos dados quanto do acesso às famílias e a coleta do material em si.* (E03)

> *Eu acho que a comissão está bem organizada, acho que isso facilita, existe uma equipe formada, multidisciplinar [...].* (TE03)

Sabe-se que essa comissão é de grande importância para o sucesso de um programa de transplante. Os profissionais da CIHDOTT devem deter, dentre outras características, habilidade na comunicação interpessoal e conhecimento do processo de doação de órgãos e tecidos (Arcanjo; Arcanjo; Silva, 2013). A utilização dessas estratégias por esses profissionais contribui para que as equipes assistenciais das UTIs possam atuar de forma célere na notificação dos PDs.

Outro aspecto identificado pela equipe multiprofissional como facilitador do processo de notificação é a comunicação entre a equipe das UTIs e essa comissão, como se vê a seguir:

> *Acho que o canal de comunicação, a linha aberta diretamente, porque eu vejo o enfermeiro já liga diretamente para o setor e já está comunicando, eu acho que isso também é positivo.* (TE 03)

> *Eu acho que um dos facilitadores eu acho que é a sua movimentação como profissional pra poder ir até lá [...], tanto a busca ativa do programa do hospital, do CIHDOTT no caso lá, quanto do enfermeiro em identificar no caso da captação de órgãos, identificar o óbito, quando o médico identifica o óbito, e avisar imediatamente ao setor competente pra poder fazer a movimentação.* (E04)

Presume-se que tal prerrogativa permite mais agilidade na avaliação dos critérios do PD de córneas. A celeridade dos procedimentos é um aspecto muito relevante, pois, diferentemente do PD de múltiplos órgãos, o PD de córneas

pode ser um doador *post-mortem* não só em caso de ME, mas também após PCR, e tem tempo mais limitado para o desenvolvimento das ações (Brasil, 2008).

Tais condutas por parte da CIHDOTT são importantes para fortalecer a cultura de notificação. A força e a estabilidade da cultura derivam do fato dela estar baseada no grupo, pela interação entre os seus membros. Na medida em que crenças e valores continuam funcionando, transformam-se gradualmente em suposições indiscutíveis apoiadas por conjuntos articulados de crenças, normas e regras operacionais de comportamento (Schein, 2009).

Sob esse enfoque, a atuação dessa comissão na instituição é importante para todo o processo de notificação, pois os profissionais da equipe assistencial reconhecem essas ações como um exemplo a ser seguido. Isso ajuda a fortalecer crenças e valores dos membros da equipe sobre a importância e a relevância social do seu papel nesse processo.

Ao analisar a cultura organizacional de um grupo por meio dos níveis, Schein (2009) postula que a diferença entre os artefatos e os valores pode ser resumida entre o que está acontecendo – artefatos – e o porquê de estar acontecendo – valores. Assim, ao reconhecerem somente nas ações da CIHDOTT os valores relacionados às ações para a notificação, percebe-se a necessidade de os profissionais aprimorarem suas práticas, a fim de que se avigorem na própria equipe assistencial esses valores assumidos, de modo que ocorra a consolidação dos processos de trabalho relacionados ao tema.

Dificuldades pressupostas no processo de notificação de PD de córneas

No contexto de trabalho de uma UTI, os profissionais vivenciam cotidianamente situações de óbito por ME e por PCR, sendo a notificação de PD uma ação de fundamental importância para o processo de doação de órgãos e tecidos. Entretanto, para os participantes, as dificuldades para a realização desse procedimento demonstram que o processo ainda não está culturalmente enraizado e a cultura organizacional de notificação precisa ser transformada.

Dentre as principais dificuldades, está o desconhecimento dos membros da equipe multiprofissional acerca dos critérios de identificação do PD de córneas, o que interfere diretamente no desenvolvimento das ações e procedimentos de notificação.

> *Eu acho que facilitaria se toda a equipe multi estivesse ciente dos critérios, então assim, hoje a comunicação é restrita a dizer que o paciente foi a óbito.* (AS02)
>
> *Uma coisa que dificulta é o desconhecimento.* (E03)
>
> *Eu acredito que o que mais dificulta é não saber identificar o potencial doador.* (F02)
>
> *Eu acho que é a falta de informação mesmo. A gente não tem como até ajudar de certa forma, a gente acaba sabendo... de uma forma pincelada, eu acho que é uma falta de conhecimento mesmo, não só da minha área profissional, mas de uma forma geral.* (F03)
>
> *[...] E aí essa identificação às vezes se perde por conta da pessoa, às vezes, não ter nem conhecimento de todos esses critérios que poderiam servir de indicação para o paciente ser colocado como doador.* (TE03)

Fragilidades acerca do conhecimento dos profissionais de saúde são descritas com frequência na literatura, principalmente com relação à notificação à CIHDOTT e cuidados na manutenção do PD de múltiplos órgãos (Costa *et al*., 2017; Passos *et al*., 2020). Esses problemas interferem no processo de transplante, tendo em vista que a celeridade na notificação e a qualidade da assistência ao PD são cruciais para a efetividade da doação (Lopes *et al*., 2020; Ludwing *et al*., 2017; Westphal *et al*., 2016).

Não foram encontrados na literatura relatos sobre conhecimento da equipe multiprofissional das UTIs exclusivamente a respeito de notificação de PD de córneas, mas postula-se que sejam semelhantes aos achados do presente estudo, tendo em vista que a doação de tecidos e de múltiplos órgãos são temas interdependentes e possuem procedimentos em comum.

Alguns profissionais relatam não ter tido aproximação com o tema na formação profissional – graduação, pós-graduação ou cursos de extensão – e nunca participaram de atividades de capacitação sobre o tema na instituição.

> *Não, nem na graduação nem na pós-graduação. Quando a gente fala assim mais sobre doação fala mais de uma forma geral, não especifica assim pra córnea.* (E04)
>
> *Eu acho que na nossa formação de fisioterapia a gente não tem, pela minha experiência, não tem contato com doação de órgãos, nenhum tipo de doação de órgãos.* (F02)

> *Já fui pra processo mesmo dentro dos processos de capacitação de morte cerebral né, de como fazer o protocolo, a gente nunca teve uma orientação em relação a esse processo de capacitação nem de outros órgãos nem de córnea também, talvez seja um processo de capacitação diferente né, separado e que pelo menos lá, nunca, não tive experiência de participar e também nunca soube de um processo de capacitação em vigência.* (M01)

Em contrapartida, outros profissionais – que atuam na instituição há mais de 10 anos por vínculo estatutário – relatam já ter participado de eventos relacionados ao tema na instituição.

> *Depois da graduação eu já fui coordenador da CIHDOTT. Já fiz curso de manutenção do potencial doador, então já é um tema que me é familiar já há algum tempo.* (M02)

> *Lá no hospital eu já participei de uma mesa redonda, porque o hospital sempre tá disponibilizando não é aqueles cursos, aqueles minicursos, e esse tema já foi abordado lá sim, eu tenho conhecimento sim pela instituição.* (TE01)

> *[...] já teve uma palestra na própria unidade, explicando algumas coisas, do que a gente enquanto técnico de enfermagem podia estar colaborando para poder facilitar. Eu acho que falou bastante de córnea, porque lá [...] é um dos que mais ocorre, e falou basicamente de outros órgãos com o pessoal do CIHDOTT que foi, e aí falou de modo geral de órgãos, mas falou mais de córnea.* (TE03)

Após a criação do SUS, a criação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) foi uma estratégia para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores do SUS e sua implementação é importante para o fortalecimento das ações em âmbito institucional, sendo, portanto, uma política pública que deve ser amplamente fortalecida pelos serviços, de modo que beneficie os profissionais e usuários dos serviços de saúde (Brasil, 2007).

Essa estratégia parte do pressuposto da aprendizagem significativa – que promove e produz sentidos –, propondo que os profissionais modifiquem as suas práticas a partir da reflexão crítica sobre as práticas reais na rede de serviços (Brasil, 2003). Ela propõe também a produção de sentidos no trabalho, por meio do trabalho e para o trabalho, para que haja a prevalência de sensibilidade, destreza em habilidades – saber-fazer – e a fluência em ato das práticas (Ceccim, 2005).

Como estratégia para garantia dos princípios do SUS, a EPS enfatiza a micropolítica do trabalho vivo, que atribui ao trabalhador uma potência que lhe permitiria confrontar e superar a alienação do trabalho no sistema capitalista (Lemos, 2016), além de permitir novos arranjos e combinações tecnológicas em que o peso das tecnologias leves seja maior e em que as necessidades dos usuários ocupem um lugar central (Feuerwerker; Bertuss; Merhy, 2016; Vieira *et al.*, 2006). Outrossim, o trabalhador da saúde poderia estabelecer uma relação mais humanizada no atendimento e no trabalho de equipe, de forma a tornar a sua atividade válida e reconhecida para ele mesmo (Lemos, 2016).

Considerando que o proposto por essa política é possibilitar melhoria institucional baseada na análise dos processos de trabalho em seus problemas e desafios (Brasil, 2007), constata-se a necessidade de realização de atividades de EPS para profissionais, utilizando-se as tecnologias leves como instrumento de operacionalização das atividades de educação, a fim de possibilitar mais conhecimento e reflexões por parte da equipe acerca dos critérios clínicos e dos fluxos de trabalho no processo de notificação de PD de córneas na instituição.

Além da falta de conhecimento, a falta de interesse e de proatividade quanto à obtenção de conhecimentos sobre o tema também são apontados pelos profissionais como obstáculos ao processo de notificação, como se vê nos relatos a seguir:

> *Eu acredito que alguns não deem tanta importância, não é? [...] eu vi que não é todo mundo da equipe que dá essa importância, entendeu?.* (E02)
>
> *Eu acho que é informação e proatividade sabe, da pessoa buscar conhecimentos, informação, saber quais são as contraindicações do transplante de córnea, porque isso aí norteará, vai nortear, se é candidato deixa eu acionar a equipe específica pra poder tomar parte do processo.* (M02)
>
> *A falta de conhecimento, a falta de interesse também, porque todo ano a gente tem a campanha que é feita aqui nas UTIs, mas eu percebo que não há um interesse de muitos profissionais.* (P02)

Vários aspectos podem estar relacionados à falta de interesse e proatividade dos profissionais quanto à suas atividades laborais, dentre elas, a sobrecarga de trabalho, estresse ocupacional, questões estruturais e de funcionamento das UTIs (Castro *et al*., 2020; Kohn; Halpern; Kerlin, 2016; Padillha *et al*., 2017; Tironi *et al*., 2016). Por conseguinte, pelos aspectos anteriormente mencionados

e também por não se tratar de uma atividade rotineira no cotidiano de trabalho dos participantes da pesquisa, a notificação de PD de córneas pode declinar-se a níveis muito aquém do esperado.

Cumpre destacar que o desinteresse e a falta de proatividade relatados pelos participantes divergem de alguns achados da literatura. Em diferentes países, estudos realizados com médicos e enfermeiros constataram que esses profissionais, apesar de demonstrarem conhecimento incipiente, possuem atitudes positivas em relação ao processo de doação de órgãos (Bharambe *et al*., 2018; Foong *et al*., 2019; Mercado-Martínez *et al*., 2015).

Assim, em todo o mundo, educação dos profissionais é fator decisivo tanto para o refinamento técnico quanto para balizar os aspectos comportamentais da equipe, a fim de possibilitar melhorias no processo de notificação de PD e consequentemente, doação de órgãos e tecidos, incluindo-se as córneas (Correia *et al*., 2018; Morais; Morais, 2012; Westphal *et al*., 2016).

Na análise das falas, se evidencia que os profissionais possuem pensamentos e sentimentos acerca do impacto que a falta de conhecimento e de interesse causam no processo de notificação de PD de córneas. Percorrendo-se os valores e crenças sobre a visão dos participantes acerca da atuação da CIHDOTT, se percebe como premissa inconsciente, uma autocrítica da equipe multiprofissional por esses aspectos comportamentais.

A cultura, como um conjunto de suposições básicas, define a que devemos prestar atenção, o que as coisas significam, como reagir emocionalmente ao que ocorre e que ações adotar em vários tipos de situações (Schein, 2009).

Desse modo, a despeito de identificarem tais fragilidades, os participantes compreendem esses eventos como congruentes com suas suposições, ou seja, com "a realidade das coisas". Tal estabilidade cognitiva pode gerar comodidade na equipe, o que demanda intervenções relacionadas à mudança de concepção dos profissionais sobre a relevância das suas ações para o processo de doação de córneas.

Outro aspecto destacado foi a rotatividade dos profissionais no serviço, que impacta a consolidação dos processos de trabalho.

> *O que dificulta mais esse processo é muitas vezes a rotatividade da equipe, porque é uma equipe que teoricamente já sabe como funciona o protocolo ai do nada essa pessoa já não trabalha mais no setor, foi demitida ou realocada, aí fica aquela rotatividade de funcionários que é um fator limitante, aí que deve entrar*

> *mais ainda sobre a atualização da temática, justamente porque eu vejo que a rotatividade e muita gente sabe sai e os que entram não sabem desse protocolo, então isso é um fator que eu acho um fator limitante.* (E02)

A rotatividade ou *turnover* define a flutuação de profissionais, expressa pela relação entre as admissões e os desligamentos da mão de obra profissional contratada, ocorridas de forma voluntária ou não, em determinado período (Pierantoni *et al*., 2015).

A atual realidade quanto à precarização dos vínculos empregatícios se caracteriza por baixos salários, elevada carga de trabalho, menor proteção quanto a acidentes de trabalho e maior chance de desemprego, dentre outros problemas (Antunes; Praun, 2015; Gondim *et al*, 2018).

Elevadas taxas de rotatividade podem ser causadas tanto por demissões quanto pela busca do trabalhador a alternativas de trabalho, quando este percebe que há pouco suporte por parte da organização (Diogenes *et al*., 2016; Oliveira *et al*., 2018). Como consequência, pode haver dificuldades globais para a instituição, como queda nos indicadores de qualidade dos serviços prestados (Martins; Matos; Sallum, 2019).

Em se tratando dos baixos índices de notificação de PD de córneas, se destaca o impacto social desse problema, pois, assim como os outros entraves identificados pelos participantes, a alta rotatividade interfere negativamente em todo o processo de doação desse tecido, que se inicia na notificação a partir da constatação do óbito por ME ou por PCR, o que causa perdas de PDs e consequentemente, impactos negativos na fila de transplante de córneas.

Em contrapartida, quando há uma consolidação de determinados aspectos na instituição, ou seja, quando determinada cultura organizacional já está sólida, o serviço pode fruir de certa estabilidade. A cultura sobrevive mesmo quando alguns membros deixam a organização. Ela define o grupo e é difícil de ser mudada (Schein, 2009).

Reduzir as taxas de rotatividade, fixando os profissionais em seus postos de trabalho, padronizar os procedimentos de notificação e determinar atribuições gerais e específicas dos membros da equipe são importantes estratégias de melhorias.

A identificação das dificuldades e facilidades para a notificação de PD de córnea pelos profissionais da equipe multiprofissional das UTIs da instituição,

bem como a análise da relação dos achados com a cultura organizacional são de grande importância para o conhecimento da realidade vivenciada por esses trabalhadores. A partir da análise desses fatores, pode-se investir no estabelecimento de estratégias que possibilitem tanto a manutenção dos aspectos positivos quanto melhorias nas atuais barreiras para o processo de notificação.

Conclusão

Objetivou-se com este estudo identificar os fatores intervenientes à notificação de PD de córneas na perspectiva da equipe multiprofissional de terapia intensiva. A pesquisa constatou que a equipe identifica aspectos técnicos e comportamentais dos profissionais da CIHDOTT como facilitadores e aspectos organizacionais e comportamentais como barreiras para o processo de notificação.

Os resultados evidenciam que a CIHDOTT contribui para o processo de trabalho da equipe multiprofissional quanto à notificação de PD de córneas, sendo assim, imprescindível que se fortaleça a interação entre essas duas equipes, uma vez que o sucesso de cada etapa do processo depende de ações conjuntas. Há necessidade de maiores investimentos em atividades de EPS para proporcionar mais conhecimento e sensibilização aos profissionais sobre o tema, estimulando estes à incorporação de atitudes positivas quanto à sua prática relacionada ao processo de notificação de PD de córneas.

Este estudo contribuiu para suprir parcialmente a lacuna da literatura acerca da compreensão dos profissionais sobre a notificação de PD de córneas. A identificação dos fatores intervenientes a esse processo é imprescindível para o estabelecimento de estratégias que possam fortalecer as ações facilitadoras e mitigar as dificuldades enfrentadas pelos profissionais e consequentemente proporcionar melhorias em todo o processo de notificação na instituição.

Referências

ALMUTLAK, M. *et al*. Future of Corneal Donation and Transplantation: Insights From COVID-19 Pandemic. *Cornea*, Philadelphia, v. 40, n. 3, p. 274-276, 2021. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7473794/. Acesso em: 16 out. 2021.

AMIRI, F. *et al*. Corneal transplantation: A new view of life. *Electron Physician*, Mashhad, v. 9, n. 4, p. 4055-4063, 2017. Disponível em: https://doi.org/10.19082%2F4055. Acesso em: 16 out. 2021.

ANTUNES, R.; PRAUN, L. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, n. 123, p. 407-427, 2015. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.030. Acesso em: 16 out. 2021.

ARCANJO, R. A. O.; ARCANJO, L. C.; SILVA, O. D. D. Reflexões sobre a comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplantes. *Revista Bioética*, Brasília, DF, v. 21, n. 1, p. 119-125, 2013.

BAHIA. Secretaria de Saúde. *Lista de espera para transplante*. Salvador: Secretaria de Saúde, [2022]. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/transplantes/lista-de-espera-para-transplante/. Acesso em: 20 jan. 2022.

BAHIA. Secretaria de Saúde. *Registro Baiano de Transplantes RBATX – CET-Ba*. Salvador: Secretaria de Saúde, 2021a.

BAHIA. Secretaria de Saúde. *Hospital Geral Roberto Santos*. Salvador: Secretaria de Saúde, 2021b. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/hospital/hgrs/. Acesso em: 16 out. 2021.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2016.

BHARAMBE, V. K. *et al*. Knowledge and Attitude toward Organ Donation among Health-Care Professionals in a Rural Town in India. *Saudi Journal Kidney Disease and Transplantation*, Riyadh, v. 29, n. 3, p. 671-679, 2018. Disponível em: https://journals.lww.com/sjkd/fulltext/2018/29030/knowledge_and_attitude_toward_organ_donation_among.21.aspx. Acesso em: 16 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021a. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp. Acesso em: 8 dez. 2021a.

BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf. Acesso em: 16 out. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 10.211, de 23 de março de 2001. Altera dispositivos da Lei no 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que "dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento". *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 129, n. 58-A-E, p. 6, 24 mar. 2001a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10211.htm#:~:text=LEI%20No%2010.211%2C%20DE%2023%20DE%20MAR%C3%87O%20DE%202001.&text=Altera%20dispositivos%20da%20Lei%20n,Art. Acesso em: 16 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Nota Técnica nº 25/2020-CGSNT/DAET/SAES/MS*. Dispõe sobre os critérios técnicos para triagem clínica do coronavírus (SARS, MERS, SARS-CoV-2) nos candidatos à doação de órgãos e tecidos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/May/07/Nota-t--cnica-N---25-2020-CGSNT-DAET-SAES-MS.pdf. Acesso em: 23 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva do Conselho Nacional de Saúde Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. *Ofício circular nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS*. Dispõe sobre orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 24 fev. 2021b. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/images/Oficio_Circular_2_24fev2021.pdf. Acesso em: 16 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Políticas de Formação e Desenvolvimento para o SUS*: caminhos para a educação permanente em saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Formação na Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 25 ago. 2003. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pol_formacao_desenv.pdf. Acesso em: 16 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Portaria nº 43/2018*. Concede autorização e renovação de autorização a estabelecimentos e equipes de saúde para retirada e transplante de órgãos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 144, n. 162, p. 34-38, 22 ago. 2007. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html. Acesso em: 16 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.600, de 21 de outubro de 2009. Aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 146, n. 208, p. 77-118, 30 out. 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2600_21_10_2009.html. Acesso em: 16 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução-RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 147, n. 37, p. 48-50, 25 fev. 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html. Acesso em: 16 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 67, de 30 de setembro de 2008. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o Funcionamento de Bancos de Tecidos Oculares de origem humana. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 145, n. 190, p. 62-64, 1 out. 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0067_30_09_2008.html. Acesso em: 16 out. 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 150, n. 112, p. 59-62, 13 jun. 2013. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//resolucao-cns-466-12.pdf. Acesso em: 16 out. 2021.

CASTRO, C. S. A. A. *et al*. Síndrome de burnout e engajamento em profissionais de saúde: um estudo transversal. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, São Paulo, v. 32, n. 3, p. 381-390, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbti/a/cLvss9LsLt7CjRDfxTgBrbd/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 16 out. 2021.

CFM. Resolução CFM nº 2.173/2017. Define os critérios do diagnóstico de Morte Encefálica. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 154, n. 112, p. 50-275, 15 dez. 2017. Disponível em: https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20171205/19140504-resolucao-do-conselho-federal-de-medicina-2173-2017.pdf. Acesso em: 16 out. 2021.

CORREIA, W. L. B. *et al*. Potencial doador cadáver: causas da não doação de órgãos. *Enfermagem em Foco*, Brasília, DF, v. 9, n. 3, p. 30-34, 2018. Disponível em: http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1150/457. Acesso em: 16 out. 2021.

COSTA, B. Y. F. *et al*. Processo de trabalho da comissão de doação de órgãos e tecidos: percepção da equipe. *Ciência, Cuidado e Saude*, Maringá, v. 18, n. 4, p. 1-9, 2019. Disponível em: https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/43275/751375150006. Acesso em: 23 abr. 2021.

COSTA, I. F. *et al*. Fragilidades na atenção ao potencial doador de órgãos: percepção de enfermeiros. *Revista Bioética*, Brasília, DF, v. 25, n. 1, p. 130-137, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/j/bioet/a/46jgCJZQMTjxSWRZynjHbmn/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 16 out. 2021.

CROZATTI, J. Modelo de gestão e cultura organizacional: conceitos e interações. *Caderno de estudos [da Fundação Instituto de Pesquisas Contábeis, Atuariais e Financeiras]*, São Paulo, v. 10, n. 18, 1998. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1413-92511998000200004. Acesso em: 12 set. 2020.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 975-986, 2005. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000400020. Acesso em: 17 fev. 2022.

DESAUTELS, J. D. *et al*. Risks Posed to Corneal Transplant Recipients by COVID-19-Affected Donors. *Ophthalmology and Therapy*, [London], v. 9, p. 371-379, 2020. Disponível em: https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs40123-020-00254-w. Acesso em: 25 jul. 2021.

DIAZ, F. B. B. de S.; RIBEIRO, L.; CHAOUBAH, A. Análise dos fatores que influenciam o processo de doação de córneas. *Revista de Enfermagem da UFPE*, Recife, v. 11, n. 4, p. 1692-1700, 2017. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/15240/18018. Acesso em: 21 fev. 2020.

DIOGENES, L. C. *et al*. Intenção de rotatividade e percepção de suporte organizacional em um órgão público federal. *Revista do Serviço Público*, Brasília, DF, v. 67, n. 2, p. 147-172, 2016. Disponível em: https://doi.org/10.21874/rsp.v67i2.655. Acesso em: 16 out. 2021.

MERHY, E. E. *et al*. (org.). *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde*: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis, 2016.

FOONG, J. W. *et al*. Demographics of healthcare professionals' knowledge and attitude toward deceased organ donation: Survey of critical care areas in a tertiary hospital. *The Medical Journal of Malaysia*, Kuala Lumpur, v. 74, n. 2, p. 109-115, 2019. Disponível em: https://www.e-mjm.org/2019/v74n2/organ-donation.pdf. Acesso em: 16 out. 2021.

GONDIM, A. A. *et al*. O impacto do processo de precarização laboral em serviços de saúde. *Revista da SBPH*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 56-73, 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582018000100004. Acesso em: 22 set. 2021.

KOHN, R.; HALPERN, S. D.; KERLIN, M. P. Implicações da sobrecarga na capacidade da unidade de terapia intensiva sobre o cuidado de pacientes críticos. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, São Paulo, v. 28, n. 4, p. 366-368, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbti/a/PPMYqXjwLkDTcRDPbryXgpM/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 16 out. 2021.

LARTEY, S. *et al*. Awareness and attitudes toward corneal donation among applicants and staff of a driver, vehicle and licensing authority (DVLA) in Ghana. *BMC Ophthalmology*, London, v. 19, p. 224, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12886-019-1231-x. Acesso em: 16 out. 2021.

LEMOS, C. L. S. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 913-922, 2016. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232015213.08182015. Acesso em: 19 fev. 2022.

LOPES, K. V. *et al*. A importância da assistência de enfermagem ao Potencial Doador de órgãos em Morte Encefálica. *ReBIS*, Brasília, DF, v. 2, n. 2, p. 20-26, 2020. Disponível em: https://faculdadejk.edu.br/wp-content/uploads/2022/05/83-Texto-do-Artigo-257-1-10-20200727.pdf. Acesso em: 16 out. 2021.

LUDWING, É. F. S. B. *et al*. Protótipo de escala informatizada para busca ativa de potenciais doadores de órgãos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 25, p. 1-9, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rlae/a/4Q7HLkkjLkHXffg64DVGGsG/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 21 ago. 2021.

MARTINS, M. S.; MATOS, E.; SALLUM, N. C. Rotatividade dos trabalhadores de enfermagem em uma unidade de Emergência adulto. *Texto & Contexto – Enfermagem*, Florianópolis, v. 28, p. 1-11, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tce/a/SzThB3gMPvhkndySCYqfBVN/?lang=pt. Acesso em: 22 set. 2021.

MERCADO-MARTÍNEZ, F. J. *et al*. Visão dos profissionais de saúde com relação à doação de órgãos e transplantes: revisão de literatura. *Texto & Contexto – Enfermagem*, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 574-583, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tce/i/2015.v24n2/. Acesso em: 16 out. 2021.

MORAIS, T. R.; MORAIS, M. R. Doação de órgãos: é preciso educar para avançar. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 633-639, 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/ck6LW4TkDqNpY88YwZ4dPVq/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 23 jul. 2021.

OLIVEIRA, Á. F. *et al*. Análise dos Fatores Organizacionais Determinantes da Intenção de Rotatividade. *Temas em Psicologia*, Ribeirão Preto, v. 26, n. 2, p. 1031-1042, 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v26n2/en_v26n2a18.pdf. Acesso em: 16 out. 2021.

PADILLHA, K. G. *et al*. Carga de trabalho de enfermagem, estresse/burnout, satisfação e incidentes em Unidade de Terapia Intensiva de trauma. *Texto & Contexto – Enfermagem*, Florianópolis, v. 26, n. 3, p. e1720016, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tce/a/M74Swrx34pHQrbdwjgz4RMc/?lang=pt. Acesso em: 21 mar. 2021.

PAREKH, M. *et al*. Impact of COVID-19 on corneal donation and distribution. *European Journal of Ophthalmology*, Thousand Oaks, CA, v. 32, n. 1, 2022. Correspondence. Disponível em: https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1120672120948746. Acesso em: 13 mar. 2021.

PASSOS, C. M. *et al*. Profissionais de saúde: facilidades e dificuldades encontradas durante a notificação, abordagem familiar e captação de órgãos. *Research, Society and Development*, Vargem Grande Paulista, v. 9, n. 7, p. NP269-NP270, 2020. Disponível em: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/3963/3534/19652. Acesso em: 23 mar. 2021.

PIERANTONI, C. R. *et al*. Rotatividade da força de trabalho médica no Brasil. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 637-647, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/gFc7r8NKLhyQcZVWPmTqnFH/#. Acesso em: 16 out. 2021.

REGISTRO BRASILEIRO DE TRANSPLANTES. São Paulo: ano 26, n. 4, 2020. Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada estado (2013-2020).

SCHEIN, E. H. *Cultura organizacional e liderança*. São Paulo: Atlas, 2009.

SINGH, R. *et al*. Corneal transplantation in the modern era. *The Indian Journal of Medical Research*, Mumbai, v. 150, n. 1, p. 7-22, 2019. Disponível em: https://journals.lww.com/ijmr/fulltext/2019/50010/corneal_transplantation_in_the_modern_era.3.aspx. Acesso em: 16 out. 2021.

SOUZA, S. S. *et al*. Conhecimento de enfermeiros acerca do processo de doação de córneas. *Enfermagem Brasil*, Petrolina, v. 17, n. 6, p. 627-633, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.33233/eb.v17i6.2147. Acesso em: 16 out. 2020.

TIRONI, M. O. S. *et al*. Prevalência de síndrome de *burnout* em médicos intensivistas de cinco capitais brasileiras. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 270-277, 2016.

TOLFO, F. D. *et al.* A atuação do enfermeiro em comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 26, p. 1-5, 2018. Disponível em: https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/27385. Acesso em: 22 jan. 2021.

TRANQUITELLI, A. M.; PADILHA, K. G. Sistemas de classificação de pacientes como instrumentos de gestão em Unidades de Terapia Intensiva. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 141-148, 2007. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0080-62342007000100019. Acesso em: 27 fev. 2021.

VIEIRA, M. *et al*. *Análise da política nacional de educação permanente em saúde*: um estudo exploratório dos projetos aprovados pelo Ministério da Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

WESTPHAL, G. A. *et al*. Diretrizes para avaliação e validação do potencial doador de órgãos em morte encefálica. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 220-255, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbti/a/R7rGGHpRV6fmBZYDzHpfrPS/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 16 out. 2021.

WILLIAMS, A. M.; MUIR, K. W. Awareness and attitudes toward corneal donation: challenges and opportunities. *Clinical Ophthalmology*, Auckland, v. 12, p. 1049-1059, 2018. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29922034/. Acesso em: 19 ago. 2021.

WHO. *Blindness and vision impairment*. [*S. l.*], 10 Aug. 2021. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/blindness-and-visual-impairment. Acesso em: 11 ago. 2021.

YIN, R. K. *Estudos de caso*: planejamento e métodos. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

CAPÍTULO 8

Tratamento oncológico em tempo inoportuno em mulheres diagnosticadas com câncer de colo do útero[1]

um olhar sobre as macrorregiões do estado da Bahia

DÂNDARA SANTOS SILVA
MÔNICA CONCEIÇÃO PINTO
MARIA APARECIDA ARAÚJO FIGUEIREDO

Introdução

O câncer do colo do útero é causado por uma infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV), principalmente pelos subtipos HPV-16 e HPV-18 (HPV Information Centre, 2021). A ação lesiva desse vírus sobre as células cervicais pode desencadear lesões pré-cancerosas que, quando não detectadas e tratadas precocemente, podem evoluir, ainda que lentamente, para a neoplasia cervical propriamente dita (Brasil, 2002). No estádio inicial o tumor fica restrito ao colo do útero e a chance de cura é bastante elevada, entretanto, com o avanço do estádio do tumor a chance de cura reduz progressivamente (Febrasgo, 2021).

1 Agradecimentos: este capítulo teve apoio financeiro do Programa de Iniciação Científica (Picin) da Universidade do Estado da Bahia (UNEB), Edital 020/2020, cujo projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNEB – Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) 26815519.2.0000.0057, no dia 20 de dezembro de 2019.

O câncer cervical é um dos principais cânceres que acometem mulheres e, apesar de ser prevenível, a estimativa mundial para o ano de 2020 foi 604.000 novos casos e 342.000 mortes (Sung *et al.*, 2021). O exame citológico conhecido como papanicolau é o mais utilizado para detecção precoce da lesão, devendo ser realizado em mulheres de 25 a 64 anos, que tenham vida sexual ativa. Após dois resultados negativos para malignidade, em anos consecutivos, o intervalo recomendado entre os exames passa a ser a cada três anos (Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2016). Embora o principal efeito do rastreamento seja a redução da incidência dessa doença, de forma isolada o exame não alcança sua utilidade preventiva se não estiver associado ao tratamento das lesões precursoras do câncer identificadas (OPAS, 2016).

No Brasil, a Lei federal nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, estabeleceu que o tratamento do câncer deve ser iniciado até 60 dias após o diagnóstico (Brasil, 2012). A publicação dessa lei foi importante, pois o atraso no início do tratamento é um relevante problema a ser enfrentado para redução da mortalidade em decorrência dessa doença. Um estudo realizado com dados referentes a 65.843 mulheres cadastradas no Sistema de Registro Hospitalar de Câncer (SISRHC) evidenciou que, no período de 2000 a 2012, o tempo entre diagnóstico e início do tratamento do câncer cervical no Brasil superou 60 dias em 49,20% dos casos (Renna Junior; Silva, 2018). Em outro estudo retrospectivo, realizado no sul do país, entre 2003 e 2013, observou-se que 46,9% das pacientes iniciaram o tratamento do câncer cervical entre 61 e 180 dias após o diagnóstico e 15,3% tiveram atraso no primeiro tratamento superior a 180 dias, enquanto apenas 37,8% iniciaram o tratamento em até 60 dias (Assenço; Kluthcovsky; Mansani, 2017).

No estado da Bahia, um estudo retrospectivo de base hospitalar, com dados do período de 2008 a 2017, demonstrou que o tempo entre diagnóstico e tratamento do câncer cervical superou 60 dias em 65% dos casos e esse desfecho desfavorável esteve associado principalmente a idade mais avançada, baixo nível de escolaridade e diagnóstico tardio da doença (Silva; Pinto; Figueiredo, 2022). Todavia, por ser o maior estado da Região Nordeste do país, com uma população estimada em 14.985.284 habitantes (IBGE, 2020) e dividido em nove macrorregiões de saúde (Centro-Leste; Centro-Norte; Extremo-Sul; Leste; Nordeste; Norte; Oeste; Sudoeste; Sul) (Bahia, 2007), considerou-se realizar uma análise sobre a oportunidade do tratamento do câncer cervical nas diferentes macrorregiões de saúde do estudo, a fim de evidenciar possíveis diferenças regionais.

Dessa forma, neste capítulo, foram estudados dados de 9.184 mulheres que realizaram tratamento do câncer do colo do útero em unidades de saúde do estado da Bahia, credenciadas ao SISRHC, no período de 2008 a 2017.

Um olhar sobre as macrorregiões

Em todas as macrorregiões de saúde do estado da Bahia (Figura 1) o tratamento foi predominantemente inoportuno – superior a 60 dias –, tendo como principais fatores associados a esse atraso o estágio avançado da doença e nenhum grau de escolaridade. Diferenças de prevalência de tratamento em tempo inoportuno foram observadas entre as macrorregiões, a saber: Norte (76,90%), Oeste (74,50%), Extremo-Sul (70,45%), Nordeste (67,75%), Centro-Leste (67,31%), Centro-Norte (64,98%), Sudoeste (64,71%), Leste (62,64%) e Sul (59,23%). Em face desse cenário epidemiológico ficou evidenciada a necessidade de incremento de políticas públicas que favoreçam o acesso ao tratamento em tempo oportuno de forma mais homogênea, ponderando as diferenças macrorregionais.

Figura 1 – Mapa do estado da Bahia com representação gráfica da subdivisão do território por macrorregiões de saúde

Fonte: elaborada pelas autoras.

Quanto à situação de saúde de cada mulher diagnosticada com câncer do colo do útero, a prevalência de tratamento inoportuno aumentou gradativamente de acordo com a idade nas regiões Centro-Leste, Centro-Norte, Extremo-Sul, Nordeste, Norte, Oeste e Sudoeste, enquanto na macrorregião Sul a maior prevalência de tratamento inoportuno foi entre as mulheres de 50 a 64 anos, com redução após essa faixa etária. Considerando que esses dados contemplam 9.184 mulheres em tratamento oncológico para câncer cervical na rede SUS, e que a incidência de novos casos é reflexo da falha no rastreamento de lesões precursoras desse câncer, é relevante sensibilizar as equipes de saúde, sobretudo as que integram a atenção básica, para um acolhimento mais cuidadoso de mulheres mais velhas nos serviços de saúde, com ênfase na detecção precoce dessas lesões.

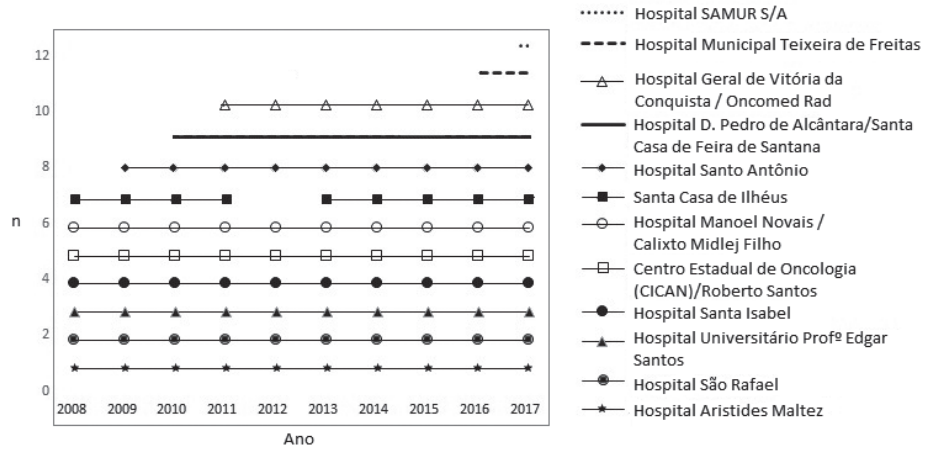
O nível de escolaridade também apresentou associação com o tratamento em tempo inoportuno em cada macrorregião do estado, uma vez que mulheres com baixo ou nenhum grau de escolaridade apresentaram maior prevalência de tratamento em tempo inoportuno – após 60 dias do diagnóstico –, com exceção apenas às Sul e Extremo-Sul, cujos resultados não tiveram significância estatística. A associação entre baixa escolaridade de mulheres com câncer do colo do útero e desfechos desfavoráveis, tal como o atraso no início do tratamento e diagnóstico em estágio avançado, foi identificada também em estudos anteriores (Renna Junior; Silva, 2018; Silva *et al.*, 2018; Thuler; Aguiar; Bergmann, 2014). Dessa forma, sendo a Bahia um estado cujo Índice de Desenvolvimento da Educação Básica referente aos anos finais do ensino fundamental correspondeu a 3,9 em 2019 (IBGE, 2020), faz-se necessário considerar essa barreira para o acesso ao tratamento especializado em tempo oportuno entre mulheres com baixa escolaridade.

Quanto ao estadiamento, foi observado que nas macrorregiões Leste, Centro-Leste, Centro-Norte, Nordeste, Norte e Oeste o estágio avançado foi associado ao aumento da prevalência do tratamento em tempo inoportuno, enquanto na Sul foi um fator de proteção para esse desfecho. Quanto às macrorregiões Extremo-Sul e Sudoeste, não foi evidenciada associação estatisticamente significante entre essa variável e o desfecho estudado. O atraso no início do tratamento de mulheres diagnosticadas com o câncer cervical tem como consequência o aumento da mortalidade por essa doença (Hanna *et al.*, 2020); quando na descoberta da doença o estadiamento já se encontra avançado o prognóstico pode ser ainda pior, impactando negativamente na sobrevida dessas mulheres. Dessa forma, o ideal seria que quanto mais avançado fosse o estadiamento, maior fosse a celeridade

em iniciar o tratamento (Febrasgo, 2021). Todavia, neste capítulo identificamos que em seis macrorregiões mulheres em estágio avançado têm maior atraso no início do tratamento quando comparadas àquelas em estágio inicial.

Outros estudos observaram que o atraso no início do tratamento especializado do câncer está relacionado a dificuldades de encaminhamento da pessoa com diagnóstico de câncer à rede de atenção especializada (Galvão *et al.*, 2019). Unidades de tratamento longe do local da residência da paciente, e realização de cada etapa do tratamento em local diferente, também se associaram com o início do tratamento em tempo inoportuno (Carvalho; O'Dwer; Rodrigues, 2018). Assim sendo, a associação entre estágio avançado do tumor e atraso no início do tratamento, observada em seis das nove macrorregiões da Bahia, é uma evidência de diagnóstico tardio no estado. Tendo em vista que a doença tem evolução lenta e pode ser facilmente detectada nas fases precursoras, ou em estágio inicial, por meio de exames simples, tais como citologia oncótica do esfregaço cervical, colposcopia e biópsia do colo do útero, supõe-se que esse resultado pode estar relacionado a fragilidades no acesso à rede assistencial à saúde da mulher, sendo necessário investigar nessas localidades por que está havendo falha no rastreamento oportuno e diagnóstico precoce do câncer cervical.

Figura 2 – Estabelecimentos de saúde especializados em oncologia habilitados no Registro Hospitalar de Câncer do estado da Bahia, entre 2008 e 2017



Fonte: elaborada pelas autoras, a partir dos dados do Registro Hospitalar de Câncer.

Sabe-se que o estado da Bahia possui 417 municípios, enquanto o número de serviços que atendem casos de oncologia pelo Sistema Único da Saúde (SUS) é de apenas 12 estabelecimentos de saúde, conforme demonstrado na Figura 2. Nessa direção, para além da necessidade de reforço de medidas de educação preventiva e intensificação do rastreamento da população-alvo na atenção primária, recomenda-se um olhar especial para a distribuição dos serviços especializados no território, a fim de oportunizar diagnóstico e tratamento precoces da doença de forma equânime.

Considerações finais

Ao constatar que o câncer cervical continua sendo um problema de saúde pública no estado da Bahia, é pertinente destacar que, no tocante à prevenção, tão importante quanto o diagnóstico e tratamento precoces, está o investimento em outras medidas, tais como vacinação contra o HPV, acesso ao acompanhamento ginecológico regular, uso de preservativos nas relações sexuais, além outras de caráter menos específico, como o incentivo à prática regular de atividades físicas e combate ao hábito de fumar (Brasil, 2002, 2014). Desse modo, políticas públicas precisam ser implementadas de forma contínua e equânime nos diversos territórios do estado da Bahia.

Tabela 1 – Associação das características individuais das mulheres com câncer cervical com a oportunidade do tratamento oncológico especializado, segundo a macrorregião do município de residência. Estado da Bahia, de 2008 a 2017

Macrorregião	RP	Valor de p	IC 95%
Leste			
Faixa etária (em anos)			
< 34	*		
35 a 44	1,17	0,00	1,11 - 1,24
45 a 54	1,30	0,00	1,23 - 1,37
55 a 64	1,34	0,00	1,27 - 1,41
> 64	1,34	0,00	1,27 -1,41
Escolaridade			
Nível médio e superior	*		
Nível fundamental	1,16	0,00	1,09 - 1,24

Macrorregião	RP	Valor de p	IC 95%
Nenhum	1,32	0,00	1,23 - 1,41
Estadiamento			
Estágio inicial	*		
Estágio avançado	1,36	0,00	1,29 - 1,43
Centro-Leste			
Faixa etária (em anos)			
< 34	*		
35 a 44	1,07	0,11	0,98 - 1,17
45 a 54	1,13	0,00	1,04 - 1,24
55 a 64	1,18	0,00	1,08 - 1,29
> 64	1,24	0,00	1,14 -1,34
Escolaridade			
Nível médio e superior	*		
Nível fundamental	1,05	0,25	0,96 - 1,15
Nenhum	1,13	0,01	1,02 - 1,25
Estadiamento			
Estágio inicial	*		
Estágio avançado	1,16	0,00	1,07 - 1,25
Centro-Norte			
Faixa etária (em anos)			
< 34	*		
35 a 44	1,05	0,43	0,92 - 1,20
45 a 54	1,30	0,00	1,15 - 1,47
55 a 64	1,31	0,00	1,16 - 1,48
> 64	1,36	0,00	1,20 - 1,53
Escolaridade			
Nível médio e superior	*		
Nível fundamental	1,09	0,30	0,91 - 1,29
Nenhum	1,32	0,00	1,15 - 1,53
Estadiamento			
Estágio inicial	*		
Estágio avançado	1,47	0,00	1,32 - 1,64
Extremo-Sul			
Faixa etária (em anos)			
< 34	*		
35 a 44	0,90	0,49	0,67 - 1,21

Macrorregião	RP	Valor de p	IC 95%
45 a 54	1,05	0,66	0,83 - 1,39
55 a 64	1,01	0,88	0,78 - 1,31
> 64	1,11	0,41	0,87 - 1,41
Escolaridade			
Nível médio e superior	*		
Nível fundamental	0,91	0,55	0,67 - 1,22
Nenhum	0,74	0,27	0,40 - 1,36
Estadiamento			
Estágio inicial	*		
Estágio avançado	0,85	0,07	0,71 - 1,01
Nordeste			
Faixa etária (em anos)			
< 34	*		
35 a 44 |	1,13	0,05	0,99 - 1,28
45 a 54	1,15	0,03	1,01 - 1,31
55 a 64	1,16	0,03	1,02 - 1,33
> 64	1,31	0,00	1,17 - 1,46
Escolaridade			
Nível médio e superior	*	*	*
Nível fundamental	1,16	0,04	1,00 - 1,35
Nenhum	1,24	0,00	1,09 - 1,42
Estadiamento			
Estágio inicial	*		
Estágio avançado	1,24	0,00	1,12 - 1,38
Norte			
Faixa etária (em anos)			
< 34	*		
35 a 44 |	1,01	0,75	0,90 - 1,14
45 a 54	1,12	0,03	1,01 - 1,24
55 a 64	1,11	0,06	0,99 - 1,25
> 64	1,15	0,01	1,03 - 1,28
Escolaridade			
Nível médio e superior	*		
Nível fundamental	0,98	0,82	0,86 - 1,11
Nenhum	1,14	0,03	1,01 - 1,30
Estadiamento			

Macrorregião	RP	Valor de p	IC 95%
Estágio inicial	*		
Estágio avançado	1,26	0,00	1,15 - 1,38
Oeste			
Faixa etária (em anos)			
< 34	*	*	*
35 a 44 |	1,03	0,69	0,86 -1,23
45 a 54	1,29	0,00	1,11 - 1,49
55 a 64	1,12	0,18	0,94 - 1,33
> 64	1,29	0,00	1,13 - 1,47
Escolaridade			
Nível médio e superior	*		
Nível fundamental	1,26	0,01	1,02 - 1,55
Nenhum	1,19	0,03	1,02 - 1,40
Estadiamento			
Estágio inicial	*	*	*
Estágio avançado	1,41	0,00	1,18 -1,68
Sudoeste			
Faixa etária (em anos)			
< 34	*	*	*
35 a 44 |	1,10	0,24	0,93 - 1,30
45 a 54	1,06	0,46	0,89 - 1,26
55 a 64	1,05	0,56	0,87 - 1,27
> 64	1,12	0,18	0,95 - 1,32
Escolaridade			
Nível médio e superior	*	*	*
Nível fundamental	1,08	0,41	0,89 - 1,30
Nenhum	1,21	0,03	1,02 - 1,45
Estadiamento			
Estágio inicial	*	*	*
Estágio avançado	0,96	0,60	0,85 - 1,09
Sul			
Faixa etária (em anos)			
< 34	*	*	*
35 a 44 |	1,11	0,12	0,97 - 1,28
45 a 54	1,16	0,03	1,01 - 1,32
55 a 64	1,19	0,01	1,09 - 2,42

Macrorregião	RP	Valor de p	IC 95%
> 64	1,03	0,65	0,88 - 1,20
Escolaridade			
Nível médio e superior	*	*	*
Nível fundamental	1,06	0,39	0,92 - 1,22
Nenhum	1,09	0,27	0,93 - 1,29
Estadiamento			
Estágio inicial	*	*	*
Estágio avançado	0,84	0,00	0,76 - 0,93

Fonte: elaborada pelas autoras, a partir dos dados do Registro Hospitalar de Câncer.

Referências

ASSENÇO, K. C.; KLUTHCOVSKY, A. C. G. C.; MANSANI, F. P. Delay in the diagnosis and treatment of cervical cancer patients treated by the Unified Health System in a reference center in Southern Brazil. *Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 692-702, 2017. Disponível em: https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br/mundodasaude/article/view/172/142. Acesso em: 1 jul. 2021.

BAHIA. Secretaria da Saúde. Comisssão Intergestores Bipartite. Resolução CIB nº 132/2007, de 20 de setembro de 2007. Aprova o novo desenho do Plano Diretor de Regionalização do Estado da Bahia. *Diário Oficial do Estado da Bahia*, Salvador, n. 19.525, p. 39, 29 set. 2007. Disponível em: https://obr.saude.ba.gov.br/assets/docs/Resolucao%20CIB%20132%202007.pdf. Acesso em: 22 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Falando sobre câncer do colo do útero*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/falando_cancer_colo_utero.pdf. Acesso em: 23 jul. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 149, n. 226, p. 1, 23 nov. 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm#art5. Acesso em: 1 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Informe Técnico Sobre a Vacina Papilomavírus Humano (HPV) na Atenção Básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://www.riocomsaude.rj.gov.br/Publico/MostrarArquivo.aspx?C=2m3JjlW6q0I%3D. Acesso em: 23 jul. 2021.

CARVALHO, P. G.; O'DWER, G.; RODRIGUES, N. C. P. Trajetórias assistenciais de mulheres entre diagnóstico e início de tratamento do câncer de colo uterino. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 118, p. 687-701, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/X8ZMKpZzjnmsyvT6QvzdthK/?lang=pt. Acesso em: 1 jul. 2021.

FEBRASGO. *Câncer do colo do útero*. São Paulo: FEBRASGO, 2021.

GALVÃO, J. R. *et al.* Percursos e obstáculos na Rede de Atenção à Saúde: trajetórias assistenciais de mulheres em região de saúde do Nordeste brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 12, p. e00004119, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/4xWSLQqQhbFxfVHQ6MB4JtR/?lang=pt#. Acesso em: 1 jul. 2021.

HANNA, T. P. *et al*. Mortality due to cancer treatment delay: systematic review and meta-analysis. *BMJ*, London, v. 371, n. 1-11, m4087, 2020. Disponível em: https://www.bmj.com/content/371/bmj.m4087. Acesso em: 9 jun. 2022.

HPV INFORMATION CENTRE (Espanha). *Human Papillomavirus and Related Diseases in the world*. Barcelona: HPV Information Centre, 2021. Disponível em: https://hpvcentre.net/statistics/reports/XWX.pdf. Acesso em: 9 jun. 2022.

IBGE. *Cidades@*: [Panorama do estado da Bahia]. Brasília, DF, 2020. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/panorama. Acesso em: 1 jul. 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. *Diretrizes para o rastreamento do câncer do colo do útero*. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2016. Disponível em: https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/diretrizes-brasileiras-para-o-rastreamento-do-cancer-do-colo-do-utero. Acesso em: 23 jul. 2021.

OPAS. *Controle integral do câncer do colo do útero*: guia de práticas essenciais. Washington, DC: OPAS, 2016. Disponível: https://iris.paho.org/handle/10665.2/31403. Acesso em: 1 jul. 2021.

RENNA JUNIOR, N. L.; SILVA, G. A. E. Tendências temporais e fatores associados ao diagnóstico em estágio avançado de câncer do colo uterino: análise dos dados dos registros hospitalares de câncer no Brasil, 2000-2012. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v. 27, n. 2, p. 1-13, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000200003. Acesso em: 1 jul. 2021.

SILVA, D. S.; PINTO, M. C.; FIGUEIREDO, M. A. A. Factors associated with delay in specialized treatment after diagnosis of cervical cancer in Bahia State, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 5, p. 1-11, 2022. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/csp/2022.v38n5/e00022421/en/. Acesso em: 3 jul. 2021.

SILVA, R. C. G. *et al.* Perfil de mulheres com câncer de colo do útero atendidas para tratamento em centro de oncologia. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 18,

n. 4, p. 703-710, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1806-93042018000400002. Acesso em: 1 jul. 2021.

SUNG, H. *et al.* Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA: a cancer journal for clinicians*, New York, v. 71, n. 3, p. 209-249, 2021. Disponível em: https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.21660. Acesso em: 14 nov. 2021.

THULER, L. C. S.; DE AGUIAR, S. S.; BERGMANN, A. Determinantes do diagnóstico em estadio avançado do câncer do colo do útero no Brasil. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, São Paulo, v. 36, n. 6, p. 237-243, 2014. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0100-720320140005010. Acesso em: 14 nov. 2021.

PARTE II

Intervindo para qualificar

Produtos técnicos do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade do Estado da Bahia para o SUS

CAPÍTULO 9

Protocolo interativo como ferramenta para manejo da sífilis em gestantes e qualificação do pré-natal

um produto tecnológico do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva para o SUS

FERNANDA NASSIFF NEVES CARNEIRO
GILVÂNIA PATRÍCIA DO NASCIMENTO PAIXÃO

Introdução

A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível (IST), causada pela bactéria *Treponema pallidum*, de caráter crônico, sistêmico, sendo exclusivo do ser humano. Apresenta várias formas de manifestações, com grande período de latência. Sua transmissão se dá pelas vias sexuais e vertical. Na fase gestacional, a evolução da sífilis é caracterizada como sífilis recente, aquela em que as manifestações clínicas específicas ocorrem em até um ano, e a sífilis tardia quando poucas ou nenhuma manifestação clínica se apresenta após um ano dos primeiros sintomas (Barbosa, 2017; Brasil, 2021a; Kalinin; Passarelli Neto; Passarelli, 2016; Sena *et al.*, 2017; Silva *et al.*, 2019; Sousa *et al.*, 2019).

O diagnóstico da sífilis no pré-natal se dá por meio da realização de teste rápido, correlação dos dados clínicos, investigação de exposição recente e infecções no passado. Por essa razão, é consenso que a sífilis congênita ocorre por

ausência ou falha na assistência adequada da gestante portadora da sífilis. É consonância também que a sífilis congênita é um grave problema de saúde pública por ser importante causa de morbimortalidade no país, embora trate-se de uma infecção curável, de fácil diagnóstico e tratamento de custo baixo (Barbosa, 2017; Brasil, 2021a; Kalinin; Passarelli Neto; Passarelli, 2016; Sena *et al.*, 2017; Sousa *et al.*, 2019).

A sífilis congênita apresenta amplo espectro de gravidade para as crianças, que vão desde a infecção assintomática, baixo peso e prematuridade, até sequelas graves e óbito, além de ser causa também de abortamento e natimorto (Brasil, 2021a; Kalinin; Passarelli Neto; Passarelli, 2016).

Em 2019, o boletim epidemiológico da sífilis, divulgado pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, demonstrou que, de 2012 a 2018, foram notificados 17.057 casos de sífilis no período gestacional. E, no que tange à sífilis congênita, o mesmo boletim apresenta que, no mesmo período, foram notificados 7.723 casos de sífilis em menores de um ano no estado, de forma que a taxa de incidência registrava crescimento relevante, passando de 2,7 em mil nascidos vivos em 2012 para 7,3 em mil nascidos vivos em 2018 (Bahia, 2019).

No que tange às complicações relacionadas à sífilis congênita, o boletim revela que, no período de 2012 a 2018, foram registrados no sistema de informação de mortalidade infantil 84 óbitos em crianças menores de um ano na Bahia, período em que o coeficiente de mortalidade variou de 2,9 para 7,8 óbitos por 100.000 nascidos vivos (Bahia, 2019).

Assim, diante do contexto explanado do cenário da sífilis gestacional e sífilis congênita e das repercussões da sua ocorrência, identificou-se como ponto crítico as fragilidades da assistência pré-natal prestada. Dessa forma, este capítulo tem por objetivo apresentar a construção de um produto tecnológico, em formato de um protocolo interativo para manejo da sífilis na gestação. Com esse produto, almejou-se oferecer aos profissionais de saúde um instrumento de consulta, de rápido e fácil acesso, por meio de um *smartphone*, oportunizando o conhecimento científico do diagnóstico, manejo clínico e seguimento da gestante com sífilis.

Acredita-se que ações de intervenção na assistência pré-natal são fundamentais para reduzir a ocorrência de sífilis congênita, e consequentemente, melhorar a qualidade de vida das crianças de gestantes diagnosticadas com sífilis durante o período gravídico.

Caminho metodológico para construção do produto técnico

Trata-se de um relato de experiência acerca da construção de um produto técnico, elaborado a partir de uma pesquisa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, cujo resultado demonstrou as fragilidades da assistência prestada às gestantes com sífilis, com consequente elevado número de notificação de casos de sífilis congênita, e, por isso, observou-se a necessidade de elaboração de um instrumento de consulta que fosse capaz de auxiliar os profissionais que prestam assistência à gestante no manejo clínico da sífilis.

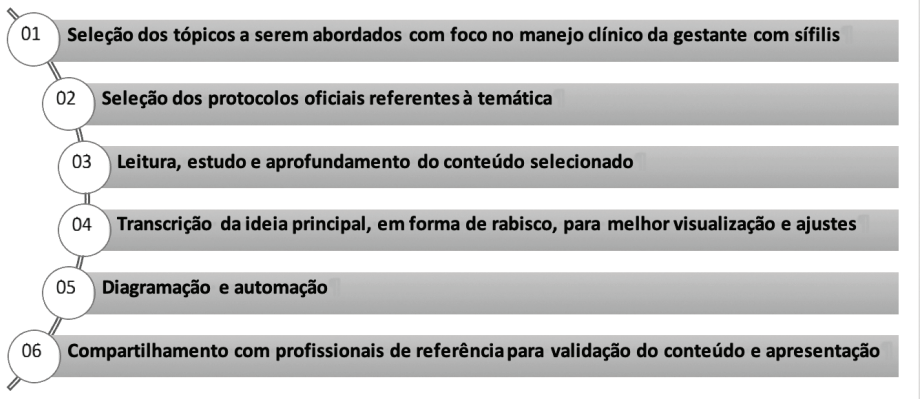
A construção do produto técnico se deu não só a partir dos dados encontrados na pesquisa de mestrado, com a identificação das não conformidades na assistência pré-natal prestada à gestante com diagnóstico de sífilis. Para além disso, o projeto teve a pretensão de elaborar um instrumento de consulta rápida e facilitada do que fazer diante de uma gestante com diagnóstico de sífilis, inclusive com informações relevantes sobre o seu manejo. Desse modo, a elaboração do produto iniciou-se por identificar os principais pontos a serem abordados, bem como a seleção dos protocolos de entidades oficiais, que seriam utilizados como base para construção do conteúdo, em especial, o atual Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais (Brasil, 2021a).

Para a materialização do protocolo propriamente dito, iniciou-se a etapa de transcrição da ideia principal para um rabisco em papel à lápis, de forma que fosse possível identificar a melhor disposição dos itens, para aprimoramento dos que seriam necessários e essenciais. Após essa fase, e para melhor apresentação e experiência do uso do produto idealizado, houve necessidade de contratar um profissional para diagramação e automação, de forma a se obter um produto de melhor qualidade possível.

Após a fase de diagramação e *layout* final do produto técnico, houve uma demonstração para colegas que prestam assistência pré-natal, bem como para outros da gestão e residentes que na ocasião cumpriam carga horária na gestão, que contribuíram valiosamente para aprimoramento e finalização do produto. Para além das contribuições, o protocolo foi revisado por colegas que atuam no centro de referência e lidam diariamente com ISTs, porém ainda poderá ser aperfeiçoado tendo em vista que ele ainda será apresentado para os profissionais da atenção primária à saúde.

Cabe ressaltar que o produto foi finalizado em arquivo PDF e com *links* interativos, nos quais o profissional poderá clicar no item desejado para que essa opção seja detalhada. Para tanto, cabe aqui destacar que para conseguir utilizar o protocolo na sua forma interativa, no *smartphone*, faz-se necessário a instalação do aplicativo Adobe Acrobat, pois apenas o visualizador de PDF não será suficiente para uso da versão interativa. A Figura 1 retrata o processo de idealização e construção do produto em formato digital.

Figura 1 – Processo de idealização e construção do produto em formato digital



Fonte: elaborada pelas autoras.

Entendendo toda a dinâmica do processo de trabalho dos profissionais que prestam assistência à gestante com sífilis, com relação ao registro de notificação, registro em prontuário e outros instrumentos, pensou-se na criação desse produto em formato de mídia digital, para que ele seja facilmente alcançado diante da necessidade, a partir de um *smartphone*. Por esse motivo espera-se boa aderência entre os profissionais, que poderão ter o protocolo compartilhado por aplicativo de mensagem, a exemplo do WhatsApp.

O produto técnico foi apresentado, em reunião presencial, na Câmara Técnica Municipal de Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites B e C que ocorreu em 15 de fevereiro de 2022, na presença de representantes de membros de setores e diretorias da Secretaria de Saúde de Camaçari, onde se fizerem presentes membros dos Distritos Sanitários de Saúde, Diretoria de Atenção à Saúde,

Área Técnica Saúde da Mulher, Vigilância Epidemiológica, Hospital Geral de Camaçari e o subsecretário de Saúde do município.

No lapso temporal de 20 minutos, foi explanado de forma compendiosa o percurso metodológico, e mais detalhadamente, o resultado dos dados coletados e produto final. A câmara técnica considerou o protocolo interativo de manejo da sífilis na gestante uma ferramenta relevante, e que seu compartilhamento certamente causará impacto positivo para a assistência. Foi proposto que o protocolo interativo produzido fosse apresentado aos profissionais da atenção primária à saúde, por meio de um webinário promovido pela Coordenação de Gestão de Educação, Trabalho e Humanização em Saúde, da Diretoria de Planejamento.

O protocolo tecnológico interativo

O produto é apresentado inicialmente, na sua primeira tela de acesso, por uma espécie de capa na qual identifica o protocolo, denominado protocolo interativo para assistência à gestante com sífilis (Figura 2), e em sua contracapa, uma breve descrição sobre a autoria e circunstâncias da elaboração do produto técnico, qual seja, um protocolo técnico e tecnológico, desenvolvido a partir da pesquisa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado da Bahia (UNEB).

O produto técnico propriamente dito, com tela interativa (Figura 3), foi construído a partir dos tópicos considerados mais relevantes para a melhor e mais adequada assistência à gestante com sífilis. Diante disso, foram subdivididos em itens, no formato de nuvens, onde poderão ser acessadas e direcionadas para o detalhamento do seu conteúdo, conforme interesse ou necessidade, após acionamento da nuvem respectiva, sem que haja obrigatoriedade de passar por itens anteriores.

Figuras 2 e 3 – Capa do PT / Menu inicial do PT

Fonte: elaboradas pelas autoras.

Assim sendo, foram relacionadas cinco nuvens interativas, sendo subdividas conforme conteúdo a seguir: 1) fluxograma para diagnóstico precoce, tratamento e seguimento da sífilis na gestação: nesse item, tem-se acesso a um fluxograma elaborado conforme o caminho ideal a ser percorrido pelo profissional ao primeiro contato com a gestante na unidade de saúde, levando em consideração a realização do teste rápido no primeiro acesso ao serviço – tempo oportuno –, além da trajetória diante de cada um dos passos seguidos, como resultado do teste rápido, alergia a penicilina, entre outros. Além dos itens citados, o fluxograma relaciona ainda observações importantes como período preconizado para realização de testagem para sífilis em gestantes, quando iniciar o tratamento, busca ativa das parcerias sexuais da gestante, monitoramento laboratorial, entre outras relevantes que são fundamentais para interromper a cadeia de transmissão da sífilis; 2) manifestações clínicas e estágio da sífilis: esse tópico relaciona os estágios da sífilis com o período de tempo em que, geralmente, se enquadram, bem como descreve as manifestações clínicas de cada um dos

estágios; 3) métodos diagnósticos: detalha os teste imunológicos – treponêmico e não treponêmico – e relaciona seus tipos e características. Esse item possui ainda mais dois detalhamentos, a saber: a) confirmação diagnóstica por teste imunológico, que apresenta uma diagramação para confirmação diagnóstica da sífilis e b) interpretação e conduta dos resultados dos testes imunológicos, que exibe as possibilidades de condutas diante de teste treponêmico e não treponêmico reagentes e também diante de teste treponêmico reagente e não treponêmico não reagente; 4) esquema terapêutico: direciona para tela na qual se tem mais duas opções de escolha: a) esquema terapêutico da gestante e b) esquema terapêutico da parceria sexual da gestante, ambos os itens direcionam para o detalhamento relacionado ao esquema terapêutico protocolar para o público selecionado, contendo a medicação e doses indicadas; e, por fim, 5) seguimento laboratorial da gestante e parceria sexual: o detalhamento desse tópico relaciona o estágio da sífilis com o seguimento laboratorial, tanto da gestante quanto da parceria sexual desta.

Como a ideia do produto remete ao acesso rápido ao conteúdo de interesse ou necessidade do profissional, diante de uma gestante como sífilis, a seguir, as figuras demonstram a agilidade a que se propõe o produto, na medida em que, ao clicar na nuvem referente às manifestações clínicas e estágios da sífilis, por exemplo, automaticamente será direcionado para o conteúdo respectivo (Quadro 1). Do mesmo modo, caso o interesse seja pelo acesso ao detalhamento do esquema terapêutico, ao clicar na nuvem referente ao item, será direcionado para a página do conteúdo (Figura 4), podendo ainda escolher entre o esquema terapêutico das gestantes e esquema terapêutico da parceria sexual da gestante (Quadros 2 e 3).

Quadro 1 – Manifestações clínicas de acordo com evolução e estágios da sífilis

ESTÁGOS DA SÍFILIS	MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS
PRIMÁRIA 10 a 90 dias após o contato (média de 3 semanas)	Apresenta nódulo único, indolor, que ulcera rapidamente, formando o cancro duro (úlcera genital). Surge, geralmente, na genitália, porém pode aparecer também no períneo, ânus, reto, orofaringe, lábios ou mãos. Linfonodos regionais. A lesão é, geralmente, rica em treponemas.
SECUNDÁRIA 6 semanas a 6 meses após a cicatrização do cancro	Comumente, apresenta sinais e sintomas sistêmicos, podendo ser confundido com outros diagnósticos. Geralmente, apresenta erupções cutâneas em forma de máculas e/ou pápulas principalmente em tronco; lesões eritemato-escamosas na planta dos pés e palma das mãos; placas eritematosas branco-acinzentadas em mucosas; condiloma plano ou condiloma lata; alopecia e madarose; febre; mal-estar; cefaleia. A lesão é, geralmente, rica em treponemas.
LATENTE RECENTE Até 1 ano de infecção	Geralmente não se observa na presença de sinais e sintomas, porém há reatividade nos testes imunológicos que detectam anticorpos. A maioria dos diagnósticos ocorrem nesse estágio.
LATENTE TARDIA Mais de 1 ano de infecção	
TERCIÁRIA	Menor frequência de diagnóstico. Geralmente, há acometimento do sistema nervoso e cardiovascular. Formação de gomas sifílicas na pele, mucosas, ossos ou qualquer outro tecido, de caráter destrutivo.

Fonte: elaborado pelas autoras.

Figura 4 – Menu esquema terapêutico

Fonte: elaborada pelas autoras.

Quadro 2 – Esquema terapêutico gestante

Estágio clínico	**Esquema terapêutico**
Sífilis recente (até 01 ano de evolução) Sífilis primária, secundária e latente recente	Penicilina G Benzatina 2,4 milhões UI intramuscular Dose única (1,2 milhões UI em cada glúteo)
Sífilis tardia (mais de 01 ano de evolução) Sífilis latente tardia ou latente com duração ignorada e sífilis terciária	Penicilina G Benzatina 2,4 milhões UI intramuscular Semanal, poe 3 semanas Dose total: 7,2 milhões UI, IM
Neurossífilis	Penicilina potássica/cristalina 18-24 milhões UI Intravenoso, 1x ao dia Administrada em doses de 3-4 milhões UI, a cada 4 horas ou por infusão contínua, por 14 dias

Fonte: elaborado pelas autoras.

Quadro 3 – Esquema terapêutico parceria sexual

Estágio clínico	**Esquema terapêutico**
Sífilis recente (até 01 ano de evolução) Sífilis primária, secundária e latente recente	Penicilina G Benzatina 2,4 milhões UI intramuscular Dose única (1,2 milhões UI em cada glúteo)
Sífilis tardia (mais de 01 ano de evolução) Sífilis latente tardia ou latente com duração ignorada e sífilis terciária	Penicilina G Benzatina 2,4 milhões UI intramuscular Semanal, poe 3 semanas Dose total: 7,2 milhões UI, IM
Observação: parceria sexual das gestantes com diagnóstico de sífilis, devem ser tratados presumidamente, independente do estágio clínico ou sinais e sintomas. Em caso de teste positivo, tratar como sífilis adquirida, de acordo com o estágio clínico.	

Fonte: elaborado pelas autoras.

Todos os itens pesquisados possuem a opção de retornar à tela inicial, ou quando houver mais de uma opção de acesso, como no caso do esquema terapêutico (Quadros 2 e 3), há ainda a opção de retornar à tela anterior. Todos os itens foram pensados para facilitar a consulta, levando em consideração a oferta de um produto acessível, com conteúdo relevante e necessário para suprir ou dirimir as dúvidas que os profissionais tenham para prestar a melhor e mais adequada assistência às gestantes com sífilis.

Perspectivas sobre as contribuições do protocolo interativo para o SUS

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o panorama da sífilis no Brasil é preocupante e demonstra a necessidade de assegurar a realização de ações efetivas para prevenção e controle dessa doença. O cenário recente da sífilis na gestação no Brasil revela que houve 61.441 mulheres gestantes notificadas com sífilis em 2020, representando 21,6% a taxa de detecção de sífilis em gestante por 1.000 nascidos vivos. Ao analisar o painel epidemiológico da sífilis congênita, constata-se que, no mesmo ano, 22.065 crianças foram classificadas e notificadas com sífilis congênita, o que demonstra 7,7 de taxa de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano por 1.000 nascidos vivos (Brasil, 2021b).

Restringindo esse olhar para o estado da Bahia, o cenário epidemiológico de 2020 é o seguinte: 2.248 gestantes notificadas com sífilis e taxa de detecção de 11,4% e 857 casos de sífilis congênita, tendo a taxa de detecção de sífilis congênita em menores de 1 ano por 1.000 nascidos vivos sido de 4,3% (Brasil, 2021).

Pesquisas sobre a temática revelam que o maior risco de infecção é entre adolescentes e mulheres jovens, uma vez que esse público representa o auge da fase reprodutiva, cuja prática sexual é precoce, negligenciada e de baixa escolaridade, sendo que grande parcela das gestantes possui apenas o ensino fundamental, e por esse motivo ressalta-se a importância e necessidade de se discutir estratégias de educação em saúde para maior e melhor conscientização de práticas sexuais seguras e planejamento familiar, uma vez que o baixo nível de escolaridade dificulta ou até inviabiliza o entendimento de aspectos importantes da doença, assim como suas formas de prevenções e repercussões para a saúde. Vale destacar que apesar da escolaridade não ter poder desencadeador no processo de adoecimento, traz importante reflexão quanto ao acesso ao serviço de saúde, além de ter interferência no processo de tratamento e cura do agravo (Brasil, 2021b; França *et al.*, 2015; Lopes, 2005; Macêdo *et al.*, 2017; Maschio-Lima *et al.*, 2019; Souza; Rodrigues; Gomes, 2018).

É importante destacar que o perfil epidemiológico aqui traçado reflete um cenário essencialmente de mulheres inseridas em um contexto de vulnerabilidade social, no qual alguns autores sinalizam para exclusão social e isso oferece suporte para a hipótese de que a infecção de sífilis na gestação tem relação de proximidade com baixo nível socioeconômico, dificuldade de acesso à informação e educação, com destaque para fatores como raça/cor e condições de

saúde de qualidade, o que predispõe à persistência da cadeia de transmissão vertical da sífilis (Domingues *et al.*, 2012; Guinsburg; Santos, 2010; Lansky *et al.*, 2014; Macêdo *et al.*, 2017; Magalhães *et al.*, 2013; Maschio-Lima *et al.*, 2019; Padovani; Oliveira; Pelloso, 2018; Soares; Aquino, 2021).

Outra importante reflexão a se fazer é a de que a redução, erradicação ou aumento no número de casos de doenças infeciosas como a sífilis não são explicados por meio de termos biológicos, mas decorrentes de medidas preventivas, campanhas e na conformação social em que se vive determinado grupo. Nesse sentido, os determinantes sociais têm uma repercussão importante quando se trata do processo saúde-doença, uma vez que esse conceito traz consigo a definição para explicar que a ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco estão atrelados a fatores econômicos, sociais, psicológicos, comportamentais, raciais, entre outros, ou mais amplamente, pode ser relacionado aos fatores sociais de vida e trabalho do indivíduo (Buss; Pellegrini Filho, 2007; Laurell, 1982).

A detecção da sífilis na gestação tardiamente aponta para um contexto no qual o tratamento poderá acontecer em um período não apropriado, além disso o tempo de acompanhamento sorológico será insuficiente para constatação da cura e/ou reinfecção. Adicionalmente, é notório que mesmo entre as gestantes que realizam o pré-natal, muitas oportunidades são perdidas para o diagnóstico precoce e tratamento em tempo oportuno. Tudo isso corrobora para aquilo que já é consenso na literatura, há baixa qualidade na assistência pré-natal e isso fragiliza ainda mais os serviços de saúde da atenção primária, desse modo urge a necessidade de ações estratégicas para qualificação dos profissionais que prestam essa assistência, com vistas a assegurar a captação precoce da gestante, para favorecer o diagnóstico e tratamento adequados a fim de evitar a transmissão vertical da sífilis e suas repercussões sobre a gestante e seu concepto (Holztrattner *et al.*, 2019; Lacerda; Rodrigues; Carneiro, 2017; Lansky *et al.*, 2014; Macêdo *et al.*, 2020; Maschio-Lima *et al.*, 2019; Rosa *et al.*, 2020; Sena *et al.*, 2017).

A pesquisa que deu origem ao produto técnico aqui apresentado permitiu vislumbrar um cenário em que a maior parte das mulheres foram assistidas no pré-natal (81,8%), porém pouco mais da metade delas foram diagnosticadas durante o pré-natal e uma pequena parte dessas gestantes foram tratadas adequadamente para a sífilis, porém a maioria não apresentava registro de realização de algum esquema de tratamento. Esse contexto denota que não há barreira de

acesso ao pré-natal, todavia, conforme os pesquisadores corroboram em suas considerações, há deficiência na assistência prestada, o que fortalece o aumento no número de casos de sífilis congênita. O diagnóstico tardio de sífilis em gestantes apoia o fato de que a transmissão vertical se dá pela falta ou demora no diagnóstico, bem como pela ausência de tratamento em tempo oportuno, e por isso o bloqueio da transmissão vertical não tem sido eficiente. Destarte, os autores enfatizam que a melhor forma de prevenção da sífilis congênita é a detecção precoce, bem como o tratamento em tempo hábil para a prevenção da contaminação ao concepto (Holztrattner *et al.*, 2019; Maschio-Lima *et al.*, 2019; Padovani; Oliveira; Pelloso, 2018; Sousa *et al.*, 2019).

Diversos estudos sobre a temática destacam que o elevado número de parceiros não tratados pode ser considerado como principal limitação ao controle da transmissão vertical da sífilis. Nesse contexto, independentemente do diagnóstico precoce e tratamento oportuno, as gestantes estão expostas à ineficiência do tratamento, à reinfecção e transmissão da sífilis ao seu concepto em virtude da justificativa de que os parceiros sexuais pouco frequentam os serviços, a desvalorização do autocuidado masculino com sua condição de saúde, abandono ou negligência ao tratamento, além de fatores culturais relacionados a traições e outros relacionados a questões de emprego, como também o desconhecimento sobre as repercussões que a sífilis pode ocasionar a si mesmo, à gestante e ao bebê (França *et al.*, 2015; Holztrattner *et al.*, 2019; Maschio-Lima *et al.*, 2019; Santos *et al.*, 2020; Sousa *et al.*, 2019).

É importante destacar que muitos recém-nascidos permanecem internados para que sejam submetidos ao tratamento para sífilis congênita, e alguns estudos trazem que a estimativa do custo de tratamento de cada criança é algo em torno de US$ 3.000,00, o que reforça que a precaução é a melhor estratégia para redução de gastos na saúde pública, mas também para prevenção de possíveis sequelas relacionadas à infecção da sífilis e preservação da qualidade de vida dessas crianças (Guinsburg; Santos, 2010).

Diante de todo o exposto, é notório e cabível ressaltar as fragilidades evidentes relacionadas à assistência pré-natal, visto que ações que deixam de ser prestadas conduzem ao desfecho da sífilis congênita, assim sendo considera-se que a melhor assistência à gestante com sífilis é o tempo oportuno, uma vez que o diagnóstico e tratamento precoces são essenciais para redução do risco de transmissão vertical. Considerando todos os aspectos aqui relacionados, foi

que se pensou na construção do produto técnico, que fosse facilitador do processo de consulta e disseminação do conteúdo entre os profissionais de saúde na atenção primária, lócus da assistência pré-natal.

Espera-se que o protocolo interativo provoque um impacto positivo no que tange à assistência à gestante com sífilis, na medida em que este se constitui em um instrumento que pode ser facilmente acessado pelo *smartphone* e que contém informações importantes e suficientes para que a assistência pré-natal seja prestada da forma mais adequada possível. Esse produto traz consigo um fluxograma, que auxilia o profissional a percorrer o melhor trajeto para assistir a gestante cujo diagnóstico tenha sido a sífilis. Consequentemente, se estabelece como uma importante ferramenta que pode contribuir para a redução da ocorrência de sífilis congênita, na medida em que a qualificação da assistência prestada favorece a redução da transmissão vertical, para além, poderá a sífilis congênita ser erradicada, se a assistência pré-natal ocorrer de acordo com o protocolo e ações que são relacionadas como importantes forem realizadas com vistas a evitar a reinfecção ainda durante a gestação.

Por ter sido elaborado para ser um instrumento de fácil manuseio e alcance, apresentar interface simples e intuitiva, espera-se que ele apresente boa adesão entre os profissionais de saúde que prestam assistência pré-natal, porque é inegável que a assistência pré-natal qualificada se traduz em redução e/ou eliminação de casos de sífilis congênita, o que por sua vez reverbera-se na redução de gastos do Sistema Único de Saúde (SUS) na medida em que haverá redução de internamentos para tratamento de sífilis congênita, repercutindo mais ainda em melhoria da qualidade de vida das crianças que foram expostas à sífilis durante o período gestacional.

Considerações finais

O perfil epidemiológico da sífilis em destaque aponta para números preocupantes e necessita de adoção de medidas estratégicas e urgentes para redução da morbidade e mortalidade relacionada ao agravo. Revela a ocorrência de sífilis em gestantes menos favorecidas socialmente, em sua maioria negras e pardas, com baixa escolaridade e donas de casa. Por outro lado, desnuda também uma realidade na qual boa parcela das gestantes realizou pré-natal, porém esse fato

não as garantiu assistência adequada, como também demonstra que o diagnóstico tem sido tardio.

Entende-se a necessidade de melhorar as ações de prevenção à sífilis congênita nos serviços de saúde, sendo prioritário e urgente focar na detecção precoce da gestante para que o diagnóstico seja antecipado e o tratamento em tempo oportuno. Para além da assistência pré-natal adequada e de qualidade para a gestante, é necessária a busca ativa para diagnóstico e tratamento também da sua parceria sexual, para que o processo de reinfecção na gestação seja evitado. Tão importante quanto a captação precoce, diagnóstico e tratamento, é também o seguimento, pois é fundamental para classificação da resposta ao tratamento realizado, oportunizando as intervenções necessárias nos casos de reinfecções, reduzindo assim a transmissão vertical da sífilis.

Todos os pontos apresentados no protocolo interativo para a assistência à gestante com sífilis foram estrategicamente relacionados e descritos, levando em consideração os principais pontos de fragilidade da assistência prestada durante o pré-natal das mulheres cujo diagnóstico foi positivo para sífilis.

Destarte, acredita-se que a utilização do protocolo interativo aqui proposto poderá ser capaz de produzir efeito positivo no atual panorama epidemiológico relacionado à sífilis congênita, uma vez que este se traduz nas informações mais relevantes, necessárias e suficientes, de fácil acesso e manuseio por meio do *smartphone*, para consulta rápida da melhor e mais adequada conduta e manejo da sífilis em gestantes.

Referências

BARBOSA, D. R. M. *et al.* Perfil epidemiológico dos casos de sífilis gestacional*. Revista de Enfermagem UFPE Online*, Recife, v. 11, n. 5, p. 1867-1874, 2017. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/23335/18934. Acesso em: 4 jun. 2019.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO DE SÍFILIS. Salvador: Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, n. 1, 2019. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2018/08/boletim_sifilis_2019.pdf. Acesso em: 25 maio 2019.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO [DO MINISTÉRIO DA SAÚDE]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Edição especial: Sífilis 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/

centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2021/boletim_sifilis-2021_internet.pdf/view. Acesso em: 31 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST)*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021a. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/2022/ist/pcdt-ist-2022_isbn-1.pdf/view. Acesso em: 3 jan. 2022.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis*: revista de saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007. Disponível em: https://scielosp.org/pdf/physis/2007.v17n1/77-93/pt. Acesso em: 21 jun. 2020.

DOMINGUES, R. M. S. M. *et al*. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 47-57, 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n1/19.pdf. Acesso em: 13 jun. 2020.

FRANÇA, I. S. X. de *et al.* Fatores associados à notificação da sífilis congênita: um indicador da qualidade da assistência pré-natal*. Rev Rene*, Fortaleza, v. 16, n. 3, p. 374-381, 2015. Disponível em: https://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=324041234010. Acesso em: 13 jun. 2020.

GUINSBURG, R.; SANTOS, A. M. N. dos. *Critérios diagnósticos e tratamento da sífilis congênita*. São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2010. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2015/02/tratamento_sifilis.pdf. Acesso em: 25 maio 2020.

HOLZTRATTNER, J. S. *et al.* Sífilis congênita: realização do pré-natal e tratamento da gestante e de seu parceiro. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 24, 2019. Disponível em: https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/59316/pdf. Acesso em: 13 jun. 2020.

KALININ, Y.; PASSARELLI NETO, A.; PASSARELLI, D. H. C. Sífilis: aspectos clínicos, transmissão, manifestações orais, diagnóstico e tratamento*. Odonto*, São Bernardo do Campo, v. 23, n. 45/46, p. 65-76, 2016. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-909279. Acesso em: 4 jun. 2019.

LACERDA, É. D. de; RODRIGUES, J. A.; CARNEIRO, W. S. Abordagem sobre a assistência de enfermagem para o controle da sífilis na gestação: um estudo de revisão. *Temas em Saúde*, João Pessoa, v. 17, n. 4, p. 51-60, 2017. Disponível em: https://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2018/01/17404.pdf. Acesso em: 31 dez. 2021.

LANSKY, S. *et al*. Pesquisa nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, p. S192-S207, 2014. Suplemento 1. Disponível em: https://www.scielosp.org/pdf/csp/2014.v30suppl1/S192-S207/pt. Acesso em: 15 jun. 2020.

LAURELL, A. C. A Saúde-doença como processo social*. In*: NUNES, E. D. *Medicina social*: aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global, 1982. p. 7-25. Disponível em: https://

unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/6126/mod_resource/content/1/Conteudo_online_2403/un01/pdf/Artigo_A_SAUDE-DOENCA.pdf. Acesso em: 2 jul. 2020.

MASCHIO-LIMA, T. *et al*. Perfil epidemiológico de pacientes com sífilis congênita e gestacional em um município de São Paulo, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 19, n. 4, p. 873-880, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/3pCKZ5sv6CBCBtzCYgCHP3s/abstract/?lang=pt. Acesso em: 31 dez. 2021.

LOPES, F. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1595-1601, 2005. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/csp/v21n5/34.pdf. Acesso em: 2 jul. 2020.

MACÊDO, V. C. de. *et al*. Fatores de risco para sífilis em mulheres: estudo caso-controle. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 51, p. 78, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rsp/a/NQhm4fVf7cqDnvDMGQpmGsD/abstract/?lang=pt. Acesso em: 31 dez. 2021.

MACÊDO, V. C. *et al*. Sífilis na gestação: barreiras na assistência pré-natal o controle da transmissão vertical. *Cadernos Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 518-528, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/cadsc/a/VRdb5W4cRvgYCq7gYHcqB4x/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 31 dez. 2021.

MAGALHÃES, D. M. dos S. *et al*. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1109-1120, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/WM4wjfcJBy9Yb4FTvjhvCDz/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 16 jun. 2020.

PADOVANI, C.; OLIVEIRA, R. R.; PELLOSO, S. M. *Sífilis na gestação*: associação das características maternas e perinatais em região do sul do Brasil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 26, p. e3019, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rlae/a/KXZGyqSjq4kVMvTL3sFP7zj/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 31 dez. 2021.

ROSA, R. F. N. *et al*. O manejo da sífilis gestacional no pré-natal. *Revista de Enfermagem UFPE Online*, Recife, v. 14, p. e243643, 2020. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/243643/34761. Acesso em: 31 dez. 2021.

SANTOS, E.M; *et al*. Atuação do enfermeiro após diagnóstico de sífilis no pré-natal de baixo risco: Revisão Integrativa. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, Botafogo, v. 31, n. 1, p. 60-69, 2020. Disponível em: https://www.rbsh.org.br/revista_sbrash/article/view/306/321. Acesso em: 31 dez. 2021.

SENA, Á. A. *et al*. Fatores relacionados a persistente incidência de sífilis congênita na Bahia. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, [*s. l.*], v. 9, n. 4, p. 1307-1314, 2017. Disponível em: https://www.acervosaude.com.br/doc/REAS66.pdf. Acesso em: 4 jun. 2019.

SILVA, I. M. D. *et al*. Perfil epidemiológico da sífilis congênita. *Revista de Enfermagem UFPE Online*, Recife, v. 13, n. 3, p. 604-613, 2019. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/236252/31536. Acesso em: 4 jun. 2019.

SOARES, M. A. S.; AQUINO, R. Associação entre as taxas de incidência de sífilis gestacional e sífiis congênita e a cobertura de pré-natal no estado da Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 7, p. e00209520, 2021. Disponível em: https://www.scielosp.org/pdf/csp/2021.v37n7/e00209520/pt. Acesso em: 31 dez. 2021.

SOUZA, B. S. O.; RODRIGUES, R. M.; GOMES, R. M. de L. Análise epidemiológica de casos notificados de sífilis. *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 94-98, 2018. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/09/913366/16294-98.pdf. Acesso em: 31 dez. 2021.

SOUSA, O. C. *et al*. Sífilis congênita: o reflexo da assistência pré-natal na Bahia. *Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba, v. 2, n. 2, p. 1356-1376, 2019. Disponível em: http://www.brjd.com.br/index.php/BJHR/article/view/1352/1224. Acesso em: 4 jun. 2019.

CAPÍTULO 10

Roda de conversa em saúde mental

uma proposta de qualificação do processo de passagem dos adolescentes e adultos jovens com transtorno do espectro autista na Rede de Atenção Psicossocial de Salvador

TALITA LUANA DOS SANTOS SILVA
SANDRA ASSIS BRASIL
VLADIMIR ANDREI RODRIGUES ARCE

As políticas de saúde mental no Brasil e a questão do autismo em crianças e adolescentes

O movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira vem há alguns anos favorecendo transformações importantes no cenário da atenção ao sujeito em sofrimento psíquico. Essas transformações têm ocorrido tanto no tocante ao redimensionamento do cuidado, na produção de conhecimento, como na formulação de diretrizes jurídicas para a garantia de tais mudanças. Em relação ao Transtorno do Espectro Autista (TEA), podemos afirmar que sua inclusão oficialmente na agenda política da saúde se deu mais recentemente (Brasil, 2015).

Algumas experiências pioneiras ocorridas nos estados do Rio de Janeiro e Minas Gerais foram de grande relevância para subsidiar a inclusão do TEA na saúde mental, a exemplo do Núcleo de Atenção Intensiva à Criança Autista e Psicótica (Naicap), do Centro de Referência à Saúde Mental Infanto-Juvenil (Cersami) e dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps) Pequeno Hans e Eliza Santa Rosa. A atenção prestada nesses dispositivos possibilitou a oferta de

cuidado para crianças com autismo e seus familiares, que até então não dispunham de nenhum lugar de referência para acompanhamento de suas demandas de saúde mental (Brasil, 2015; Pinto, 2007).

Com a realização das Conferências Nacionais de Saúde Mental, a temática da infância começou a ser trazida para discussão, porém, ainda de forma discreta. Somente em 2001, com a III Conferência Nacional de Saúde Mental, o cuidado em saúde mental à criança e adolescente recebeu a atenção necessária. Para Pinto (2007), a III Conferência marca a construção de uma política pública de saúde mental para a infância e adolescência, na qual o Centro de Atenção Psicossocial infantil (Capsi) passa a ser o dispositivo estratégico que tem como uma de suas prioridades de ação os projetos de desospitalização e desinstitucionalização de crianças e adolescentes.

Em 2002, a Portaria nº 336 do Ministério da Saúde (MS) estabeleceu as condições para a implantação dos Caps em território nacional, e o Sistema Único de Saúde (SUS) inicia a inclusão do atendimento à infância e adolescência com transtornos mentais graves, severos e persistentes, possibilitando que implicitamente o autismo fosse incorporado no escopo da responsabilidade da saúde mental pública brasileira, instituindo a implantação dos Caps infantis em diferentes regiões do Brasil, sendo o dispositivo responsável pelo cuidado das crianças em sofrimento mental (Couto; Delgado, 2015). Nesse contexto, os Caps foram definidos como serviços de atenção diária, indicados para municípios ou regiões com população acima de 70 mil habitantes, destinados ao atendimento de crianças e adolescentes gravemente comprometidos psiquicamente, tais como pessoas com TEA, psicoses, neuroses graves – como ansiedade, isolamento, apatia – e todos aqueles que, por sua condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais. Esses dispositivos devem oferecer cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, seguindo a lógica da territorialidade, favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e seus familiares (Brasil, 2002).

Ao longo dos últimos 18 anos, uma série de políticas têm sido elaboradas no âmbito do SUS com vistas à garantia dos direitos da pessoa TEA. Um outro destaque nesse panorama é a publicação da Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012, que instituiu a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. Ainda em 2013, o MS publicou a linha de cuidado para atenção às pessoas com TEA e suas famílias na Rede de Atenção

Psicossocial (Raps), com objetivo de contribuir para a ampliação do acesso e a qualificação da atenção às pessoas com TEA e suas famílias (Brasil, 2015).

Apesar da publicação de diferentes documentos relacionados à atenção e aos direitos das pessoas com TEA, ainda permanece pouco visibilizada a necessidade de orientações referentes ao atendimento a esse público durante a fase de vida adulta, sendo comum a maior visibilização de ações voltadas à infância. Dessa forma, o cuidado ofertado pelos Centros de Atenção Psicossocial Infância e Adolescência (Caps-ia) aos adolescentes e adultos jovens com TEA vem sendo fruto de uma construção cotidiana a partir da troca de experiências entre os membros das equipes e da capacidade criativa na tecitura de estratégias de atenção que ocorrem no encontro entre usuários e profissionais, na lógica do trabalho vivo em ato em que as tecnologias leves e leve-duras têm sido os principais instrumentos para que a atenção aconteça (Merhy; Franco, 2008).

Em Salvador, existem dois Caps-ia, um no Distrito Sanitário Liberdade e outro no Distrito Sanitário Itapuã, que contam com equipes multiprofissionais compostas pelas categorias de psicologia, medicina, terapia ocupacional, educação física, serviço social, enfermagem – nível técnico e nível superior –, farmácia e oficineiro. Os serviços realizam acompanhamento dos usuários e familiares por meio de acolhimento, atendimentos individuais e grupos e oficinas, consultas médicas e visitas domiciliares. As crianças, adolescentes e jovens com TEA acompanhados pelos Caps-ia frequentam esse dispositivo até completarem os 18 anos, podendo permanecer no máximo até os 25 anos, conforme orientação da Portaria nº 854 de 2012 do MS, quando são encaminhados para outros serviços que possam ofertar suporte adequado considerando a faixa etária e as possibilidades desses sujeitos.

Nesses serviços, a saída dos adolescentes e adultos jovens para a continuidade do acompanhamento em outros espaços de atenção tem sido nomeada como passagem, ou processo de passagem. Os profissionais informam não haver um norteador formal para auxiliar na organização do processo de passagem e por isso organização desse modelo varia de acordo com cada Técnico de Referência (TR), visto que esse profissional é o maior responsável na condução desse processo.

Nessa perspectiva, este capítulo tem como objetivo apresentar uma proposta de qualificação do processo de passagem de adolescentes e adultos jovens com TEA dos Caps-ia para os serviços adultos na realidade de Salvador,

proposta a partir da realização da pesquisa "Análise do processo de passagem dos usuários com Transtorno do Espectro Autista dos Centros de Atenção Psicossocial infanto-juvenis para os serviços adultos em Salvador, BA". Busca-se, com isso, fomentar a qualificação do processo de passagem desse público no âmbito da rede SUS, de modo a construir coletivamente com os Caps-ia e Caps II, e com apoio da gestão, encontros temáticos que utilizem a metodologia de rodas de conversa. Objetiva-se, assim, inserir a temática do TEA nas discussões das equipes de saúde mental, favorecer a troca de aprendizado e a partilha das questões que dificultam a passagem dos usuários com TEA, além de propor como produto desses encontros a construção de um modelo norteador que auxilie na condução do processo de passagem dos usuários adolescentes e adultos jovens com TEA.

Tecendo caminhos possíveis: uma proposta de qualificação do processo de passagem dos adolescentes e adultos jovens com TEA na Raps de Salvador

A referida pesquisa evidenciou a necessidade urgente de sensibilizar a rede de saúde mental do município de Salvador sobre a temática do TEA. A identificação de entraves e a indicação de alguns caminhos para superá-los trazidas pelos profissionais que participaram da pesquisa foram os disparadores para a proposição do produto técnico ora apresentado.

Os resultados encontrados apontam para incipiência na articulação entre os diversos serviços que compõem a rede de cuidados em saúde mental com pouca visibilidade da temática do TEA nos espaços de diálogo da Raps. Além disso, a formação técnica dos profissionais foi apontada como insuficiente para instrumentalizá-los no acompanhamento especializado à pessoa com TEA. No caso específico do processo de passagem, este foi trazido como um processo complexo e muitas vezes solitário para o Técnico de Referência (TR), marcado por resistências familiares em aceitar o acompanhamento em um serviço para adultos, bem como a resistência dos serviços adultos em sustentar o acompanhamento devido às especificidades apresentadas pelas pessoas com TEA.

Nesse sentido, essa proposta tem como objetivo estimular a gestão compartilhada dos casos de passagem das pessoas adultas com TEA, inicialmente entre

Caps-ia e Caps II. Para isso, desenhou-se como primeiro passo para alcançar esse objetivo maior a inserção da temática do TEA com ênfase no público adulto jovem nos encontros temáticos que já vêm ocorrendo nos espaços de educação permanente propostos pela Coordenadoria de Saúde Mental, sugerindo-se como produto dos encontros temáticos a elaboração de um modelo norteador que auxilie na condução dos casos de TEA que necessitem realizar a passagem para os serviços adultos da Raps.

Além da construção do produto técnico estar ancorada por caminhos sugeridos pelos profissionais durante a coleta de dados, alinha-se também com o que tem sido observado na literatura de que a temática da transição de pessoas com TEA para serviços adultos ainda é bastante limitada, carecendo de maior investigação dos diversos aspectos que estão envolvidos nesse processo, destacando que é importante investir em programas que melhorem a vida adulta de pessoa com autismo (Rosa, 2015).

A temática do TEA em adultos tem recebido pouca atenção na literatura e suas necessidades específicas têm sido negligenciadas pelos prestadores de serviço em saúde, e a superação dessa realidade necessita da colaboração dos serviços de saúde mental infantis e adultos (Fombonne, 2012). Acredita-se que as intervenções pensadas a partir desse produto técnico sejam de grande relevância para visibilizar a temática discutida, impactar positivamente o processo de trabalho dos profissionais da Raps, além de apoiar uma assistência em saúde mais resolutiva às necessidades dos adolescentes e adultos jovens com TEA.

Esse produto técnico ampara-se nas diretrizes do SUS para o cuidado da pessoa com TEA, como a integralidade no que se refere ao reconhecimento de um sujeito integral e na organização de uma rede de cuidados que responda integralmente às diversas necessidades de saúde. A articulação em rede apresenta-se com uma estratégia central para o efetivo acolhimento e cuidados das pessoas com TEA, uma vez que o enfrentamento de todos os problemas e riscos relacionados ao diagnóstico da pessoa com TEA só poderá ser realizado efetivamente mediante contínuo processo de negociação entre os diferentes atores envolvidos no cuidado e apenas um serviço não é capaz de abarcar a complexa demanda das pessoas com TEA (Brasil, 2015).

Esse produto aposta no que é preconizado na educação permanente em saúde e visa valorizar "[...] aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho" (Brasil, 2018, p. 10),

vislumbrando a aprendizagem com significado para os profissionais ocorrendo no cotidiano do trabalho e produzindo possibilidades de mudanças de suas práticas "[...] por meio da proposta do aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de construir cotidianos e eles mesmos constituírem-se como objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional" (Brasil, 2018, p. 10).

Compreende-se que essa proposta apresentada à Coordenadoria das Rede de Atenção à Saúde Psicossocial (Crasp) do município de Salvador tem como pretensão apoiar o início de um diálogo mais organizado entre os serviços substitutivos no tocante ao TEA, inicialmente dos Caps, podendo ser utilizado como um projeto piloto para futuras qualificações dos serviços que compõem as diversas redes que são responsáveis pelo cuidado ao público com TEA.

Quadro 1 – Sistematização da proposta de ação

Temática: atenção às pessoas com TEA na RAPS de Salvador
Objetivo geral: estimular a gestão compartilhada dos casos de passagem das pessoas adultas com TEA.
Objetivos específicos:
Introduzir a temática do TEA nos encontros temáticos da educação permanente;
Ampliar as discussões sobre o TEA e suas repercussões na vida adulta dentro da RAPS;
Apoiar a atualização das equipes dos CAPS e da gestão sobre as especificidades e demandas de saúde mental da pessoa adulta com TEA;
Construir coletivamente com os Caps-ia , CAPS II e a área técnica de saúde mental um fluxo norteador para a passagem de adolescentes/adultos jovens com TEA para os serviços adultos (produto dos encontros).

Fonte: elaborado pelos autores.

Metodologia dos encontros

Conforme mencionado anteriormente, essa proposta de trabalho visa a inserção de uma temática de relevância no cotidiano de trabalho das equipes que compõem os Caps nos encontros temáticos que já ocorrem dentro das estratégias de educação permanente em saúde organizadas pela Coordenadoria de Saúde Mental. Assim obedecerá aos critérios utilizados nos encontros ocorrendo no formato de um turno mensal, com carga horária de quatro horas por encontro. O público-alvo é formado por profissionais que integram as equipes técnicas de todos os Caps de Salvador, havendo a possibilidade de convocação dos profissionais

dos ambulatórios de saúde mental e ainda do Centro de Referência Estadual para Pessoas com Transtorno do Espectro Autista (CRE-TEA). Sugere-se a manutenção do número de dois profissionais de cada serviço, além da participação de um profissional com experiência no tema para facilitar as discussões, este pode fazer parte das equipes ou também a convocação de um convidado externo.

Propõe-se a utilização de rodas de conversa como ferramenta para a realização dos encontros temáticos visto que se trata de uma metodologia participativa que busca trabalhar a partir do incentivo à participação e à reflexão. Assim, aposta-se nessa metodologia por sua capacidade de propor a "construção e reconstrução da realidade, mediada pelo ato educativo reflexivo, proporcionado tanto por meio da fala e da escuta, quanto por meio da discussão e da participação" (Afonso; Abade, 2008).

Quadro 2 – Sugestão da programação dos encontros temáticos

Temas	**Convidados**
Conhecendo o TEA: Construção histórica do TEA; Políticas públicas para as pessoas com TEA; A inclusão do TEA na saúde mental.	Pesquisadora e autora do produto técnico
O diagnóstico do TEA na infância e o acompanhamento nos Caps-ia: Critérios diagnósticos; Diversidade das apresentações clínicas (espectro); Comorbidades; Práticas de cuidados desenvolvidas nos CAPS-ia.	1 profissional dos Caps-ia
O TEA e seus impactos na adolescência e na vida adulta: Particularidades da faixa etária; Principais comorbidades; Diagnósticos em mulheres; Aspectos de relevância no acompanhamento de adolescentes e adultos jovens com TEA.	1 profissional do Caps II (se houver a experiência) ou um convidado externo.
A co-construção do cuidado entre Caps-ia e CAPS II na atenção à pessoa adulta com TEA: O perfil para o acompanhamento pelos Caps II; Traçando o fluxo para a passagem (PTS/ articulação da rede/práticas territoriais).	Roda de conversa entre os profissionais dos Caps e a gestão
A rede de atenção à pessoa com TEA: Apresentação dos serviços da Raps e da PCD; Avaliação dos encontros (gestão); Pactuação para ações de consolidação da articulação entre as redes.	1 profissional da Crasp e 1 profissional da área técnica da PCD

Fonte: elaborado pelos autores.

Conclusão

Ao rememorarmos que esse projeto foi desenvolvido no âmbito dos dois únicos Caps-ia do município de Salvador que são responsáveis pela gestão do cuidado em saúde mental de 12 distritos sanitários diversos, fica evidente que a oferta de cuidados pautada na integralidade, na articulação de rede e na lógica territorial tem encontrado grandes desafios para ser alcançada, sobretudo quando é necessário que ocorra a passagem para os serviços adultos.

Dessa forma, faz-se necessário estar atento para os entraves que necessitam ser superados a partir do compartilhamento do cuidado entre os serviços com a devida retaguarda da gestão. No caso específico dos adolescentes e adultos jovens com TEA acompanhados pelos Caps-ia, torna-se imprescindível que os serviços infantojuvenis estejam atentos a ações de cuidado que priorizem sua autonomia e funcionalidade desde a infância, ou desde que eles iniciem o tratamento.

No nível macro, é necessário que a gestão dos serviços de saúde mental esteja alinhada à diretriz da integralidade do acompanhamento às pessoas com TEA na Raps e que atue de maneira a não somente apoiar as ações dos Caps, como também convocar discussões e alinhamentos institucionais tanto com os dispositivos de saúde mental como com as diversas redes de saúde, assistência social, justiça, entre outras, com o objetivo de garantir o acompanhamento dos casos em passagem.

Espera-se que os resultados das intervenções propostas a partir desse produto técnico sejam de grande relevância para visibilizar a temática do TEA na Raps, impactar positivamente o processo de trabalho dos profissionais dos Caps e, consequentemente, estimular uma assistência em saúde mais resolutiva às necessidades dos adolescentes e adultos jovens com TEA.

Referências

AFONSO, M. L. M.; ABADE, F. L. P*ara reinventar as rodas*. Belo Horizonte: Rede de Cidadania Mateus Afonso Medeiros (RECIMAM), 2008.

ÂNGELO, A. A pedagogia de Paulo Freire nos quatro cantos da educação da infância. *In*: CONGRESSO INTERNACIONAL DE PEDAGOGIA SOCIAL, 2006, São Paulo. *Anais* [...]. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 336 de fevereiro de 2002*. [Regulamenta os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS]. Brasília, DF, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 14 mar. 2021.

COUTO M. C. V.; DELGADO, P. G. G. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. *Psicologia Clínica*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 17-40, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/j/pc/a/RSQnbmxPbbjDDcKKTdWSm3s/?lang=pt. Acesso em: 10 mar. 2021.

FOMBONNE, E. Autism in adult life. *The Canadian Journal of Psychiatry*, Ottawa, v. 57, n. 5, p. 273-274, 2012. Disponível em: https://www.deepdyve.com/lp/sage/autism-in-adult-life-LymiM9CR6u?key=sage. Acesso em: 10 mar. 2021.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Trabalho em Saúde. *In*: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (org.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSKV, 2008.

PINTO, R. F. *CAPSI para crianças e adolescentes autistas e psicóticos*: a contribuição da psicanálise na construção de um dispositivo clínico. 2005. Dissertação (Mestrado em Psicanálise) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

ROSA, F. D. *Autistas em idade adulta e seus familiares*: recursos disponíveis e demandas da vida cotidiana. 2015. Tese (Doutorado em Educação Especial) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2015. Disponível em: https://repositorio.ufscar.br/bitstream/handle/ufscar/7259/TeseFDR.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 22 out. 2021.

CAPÍTULO 11

Doença de Chagas

relato sobre a construção de um material educativo

CRISTIANE MEDEIROS MORAES DE CARVALHO
MARIA APARECIDA ARAÚJO FIGUEIREDO

Introdução

Nas últimas décadas, o Brasil vem reafirmando uma tendência à extrema desigualdade na distribuição de renda, o que resulta em níveis elevados de pobreza para a maioria da população. Por ser um país desigual, enfrenta uma herança histórica de injustiça social, que exclui uma parcela significativa do povo ao acesso a mínimas condições de cidadania e dignidade (Barros; Henriques; Mendonça, 2000). Nesse contexto, a educação pode ser uma ferramenta de transformação social, pois instrumentaliza pessoas a reverem hábitos e valores, além de estimular a criatividade (Araújo; Santos, 2009), sendo, portanto, de grande importância para o enfrentamento coletivo de problemas de saúde intimamente associados à pobreza, como a doença de Chagas (DC), por exemplo.

Para além da configuração biológica, a doença é também compreendida como uma realidade construída, sendo o doente um personagem social (Minayo, 2006). Para Uchôa e Vidal (1994), o conhecimento preliminar da percepção de saúde nos diversos grupos populacionais define o modo de pensar e agir dessas pessoas frente ao processo saúde-doença, pensamento este elaborado a partir do contexto sociocultural no qual está inserida. Nesse cenário, a educação em saúde exerce papel fundamental nas ações voltadas para a promoção da saúde,

pois figura como estratégia emancipadora de superação do assistencialismo, baseado nos procedimentos focados exclusivamente na doença. Tal compreensão considera a subjetividade que leva os indivíduos a escolherem, avaliarem e aderirem, ou não, a um determinado tratamento, ou mudança de comportamento (Alves; Souza, 1999).

Todavia, o processo educativo não é simples, pois em uma mesma população, diferenças como faixa etária, sexo e classe social implicam em diferentes universos simbólicos, capazes de comprometer o diálogo (Fonseca, 1999). Além disso, doenças intimamente associadas à pobreza, como a doença de Chagas (DC), exigem ações governamentais, para além do comportamento individual. Não obstante, rotineiramente, profissionais de saúde se deparam com o desafio de dialogar com a comunidade sobre o processo de saúde e doença e a temática da DC também está inserida nesse cenário.

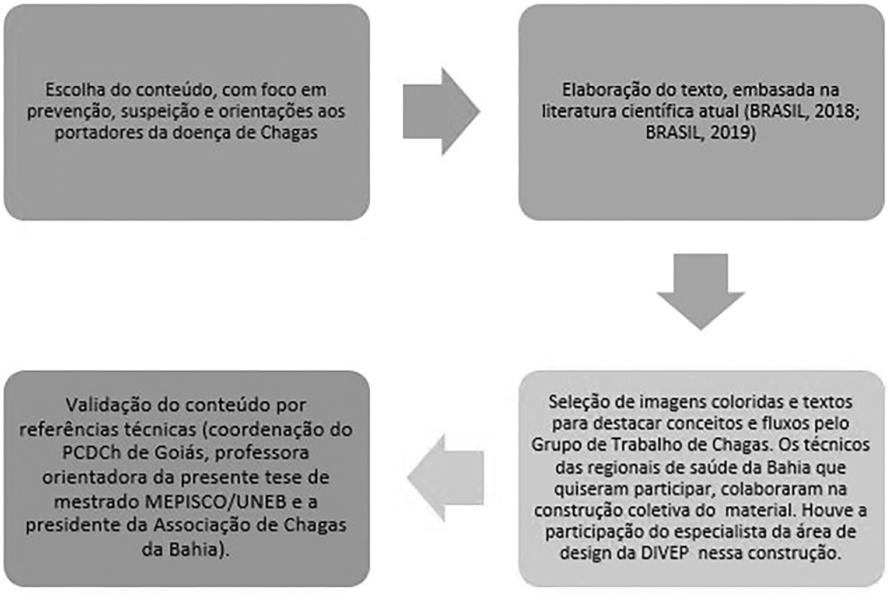
De acordo com a World Health Organization (WHO, 2020), é estimado que existam entre 6 e 7 milhões de pessoas acometidas pela DC no mundo, especialmente em áreas endêmicas da América Latina. Martins-Melo e demais colaboradores (2014) realizaram uma revisão sistemática da literatura sobre a prevalência da DC no Brasil, entre 1980 e setembro de 2012, e foi estimado um coeficiente de 4,2 casos de DC por 100.000 habitantes, sendo a Bahia o estado que apresentou a maior prevalência, com 20,4 casos por 100.000 habitantes. Além disso, dados da Secretaria Estadual de Saúde do Estado da Bahia revelaram uma média anual de 634 óbitos no período de 2008 a 2018 e, em todos esses anos, exceto 2016 e 2017, o estado ocupou a quarta posição entre as unidades federadas com as maiores taxas de mortalidade pela doença (Bahia, 2020a).

Assim, nesse vasto universo da doença de Chagas, identificou-se que um dos pontos críticos sob a governabilidade dos profissionais de saúde e, portanto, factível de intervenção imediata, seria a ampliação do acesso a informações sobre a doença. Com base nessa premissa, este capítulo apresenta um produto técnico educativo, e o seu processo de construção, cujo propósito é divulgar informações relevantes sobre a DC, desde a prevenção, suspeição, transmissão e diagnóstico, até os encaminhamentos necessários para as pessoas que já são portadoras da doença. Espera-se com isso instrumentalizar populações que vivem em áreas de risco para DC na reconstrução de seus próprios saberes, sempre considerando as subjetividades do contexto em que estão inseridas.

Elaboração e implementação do projeto piloto: guia prático sobre doença de Chagas

O presente estudo apresenta caráter narrativo, descritivo, de ações provenientes da prática profissional de uma equipe estadual de vigilância epidemiológica. Trata-se de um relato de experiência acerca da construção coletiva de um produto técnico voltado para informação de populações de áreas de risco para transmissão da doença de Chagas. Para alcançar o objetivo, adotou-se o percurso metodológico descrito na Figura 1.

Figura 1 – Percurso metodológico para elaboração do produto técnico denominado "Guia Prático sobre Doença de Chagas"



Fonte: elaborada pelas autoras.

O texto inicial do material educativo foi elaborado pela equipe estadual de vigilância da doença de Chagas, e a criação da arte foi realizada por um *designer* da equipe. No segundo momento, esse grupo de trabalho enviou *e-mail* convidando referências técnicas das regionais de saúde do estado a participarem da construção coletiva do material educativo. Representantes de 11 regionais de

saúde – Barreiras, Brumado, Cruz das Almas, Feira de Santana, Guanambi, Irecê, Itapetinga, Juazeiro, Paulo Afonso, Santo Antônio de Jesus e Vitória da Conquista – aceitaram o convite, para os quais foram solicitadas sugestões para a composição do material, com prazo de retorno acordado entre as partes. Todas essas regionais eram localizadas em áreas prioritárias do Programa de Controle da Doença de Chagas (PCDCh), o que agregou importante contribuição para o produto.

Concluída essa etapa, o material educativo foi encaminhado para validação de mais duas pessoas consideradas referência para o controle da DC, a saber: a presidente da Associação de Chagas da Bahia (Achaba) e a referência técnica do PCDCh do estado de Goiás. Em seguida, o produto foi submetido internamente à Comissão de Análise de Pesquisa (COAP), que emitiu parecer favorável à publicação desse material no portal da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia.

Foi realizado um projeto piloto para divulgação do referido material educativo em questão. Para tanto, elegeu-se o município de Novo Horizonte por ser considerado área prioritária para o PCDCh, uma vez que este foi o último município baiano a registrar presença do *Triatoma infestans* no estado (Bahia, 2015). Dentre as atividades propostas pelo projeto nesse território, estavam as ações de educação em saúde, realizadas pela equipe de saúde do município, com foco nos agentes comunitários de saúde (ACS). A estratégia de divulgação piloto previu a disponibilização do guia prático (*on-line*) a partir dos ACS, que foram previamente capacitados pela equipe de vigilância estadual para divulgar o material junto à população da sua área de abrangência.

O período de construção do produto se deu entre os meses de junho de 2020 a fevereiro de 2021. Como se trata de elaboração de material educativo, não houve a necessidade de submissão desse conteúdo ao comitê de ética em pesquisa.

O produto técnico elaborado traz informações sobre a DC, incluindo formas de transmissão, prevenção, suspeição, e orientações sobre o que fazer no caso de o indivíduo encontrar um barbeiro em sua moradia. Adicionalmente, aborda uma instância pouco explorada em materiais educativos na área de prevenção e controle da DC: como proceder na fase pós-diagnóstico, destacando a importância do acompanhamento das pessoas com doença instalada.

O material educativo produzido (Figura 2) foi utilizado inicialmente em um projeto piloto no município de Novo Horizonte, Bahia, que de acordo com as

ações previstas no Plano de Ações Estratégicas do Programa de Controle da doença de Chagas no estado da Bahia (Bahia, 2020b), seria realizado nesse município um rastreamento de casos de doença de Chagas, por meio da realização de inquérito sorológico, pelas equipes de saúde do município, cuja cobertura de estratégia de saúde da família é de 100%. Assim, antecedendo ao inquérito, as equipes municipais foram capacitadas acerca do PCDCh, bem como das ações de suspeição e acompanhamento dos casos da doença, conforme descrito no material educativo produzido. Em seguida, as equipes foram orientadas a divulgar o guia produzido para toda a população cadastrada na área de adscrição de suas equipes, utilizando a tecnologia possível – via WhatsApp, roda de conversa, sala de espera, material impresso, entre outras. Concomitantemente, o guia prático foi disponibilizado para reprodução pela secretaria municipal de saúde, de forma a contemplar os públicos sem cobertura de internet.

Figura 2 – Guia prático sobre doença de Chagas

Fonte: elaborada pelas autoras em conjunto com a equipe estadual de vigilância da doença de Chagas (SESAB).

Doença de Chagas – o que você precisa saber?

A DC é conhecida como uma enfermidade negligenciada por não ter investimentos em projetos para o desenvolvimento de novos medicamentos e vacinas, como

também, devido aos programas para controle existentes não serem suficientes (Lindoso; Lindoso, 2009). Além disso, a sustentabilidade da transmissão dessa enfermidade está ligada à precariedade das condições de vida da população, incluindo o domicílio, quando este oferece condições para abrigar o barbeiro. Assim sendo, a existência de moradias com condições físicas desfavoráveis recomenda fortemente investimentos habitacionais como medida fundamental para o controle dessa doença (Brasil, 2017). Com essa perspectiva, essa evidência foi incorporada ao material educativo elaborado, visando ampliar o olhar crítico da população sobre as formas de prevenção da DC que dependem da implementação de políticas públicas capazes de reduzir desigualdades sociais.

No âmbito mais individual, conhecer o que a população sabe sobre triatomíneos e doença de Chagas é um aspecto importante para promover o combate aos vetores e, assim, evitar a transmissão vetorial. Intervenções verticais de busca e captura de vetores são onerosas e pouco sensíveis, especialmente em áreas com baixa densidade desses insetos (Dias, 1991). Desse modo, o processo de vigilância passiva, por meio da detecção dos triatomíneos com a participação da população, quando mantida a necessária motivação, resulta na sustentabilidade de uma vigilância contínua (Silva; Bonifácio; Wanderley, 1999). Nesse contexto, o referido guia também trouxe a importância do funcionamento dos Postos de Informação de Triatomíneos (PIT), com orientações para a população sobre o que fazer ao encontrar inseto suspeito em seu domicílio e, assim, contribuir com a expansão e/ou estruturação da vigilância passiva no território.

Para Sanmartino e Crocco (2000), um maior conhecimento sobre a DC poderá propiciar importante avanço na luta contra essa enfermidade, permitindo aos moradores de áreas endêmicas uma melhor compreensão de sua realidade. Nesse sentido, para além das formas de transmissão e dos cuidados de prevenção, o material produzido traz uma abordagem sobre o que fazer quando o indivíduo considera a possibilidade de ter se infectado, bem como qual a direção a ser tomada se já foi diagnosticado com a doença. De maneira didática e com uma linguagem simples e de fácil acesso, o material aponta como proceder pós-diagnóstico da doença, destacando a importância do acompanhamento das pessoas com doença de Chagas ao longo da vida, conforme recomendações do protocolo atual (Brasil, 2018).

Do ponto de vista institucional, o guia produzido foi colocado em formato de *cards* para facilitar sua divulgação por mídia social (WhatsApp, Instagram,

Facebook e outros) e, assim, atingir o público-alvo. De acordo com Villela e demais autores (2009), a sustentabilidade das ações de prevenção e controle da doença de Chagas passa, fundamentalmente, pelo acesso à informação e participação popular. Assim, o material produzido foi submetido a uma avaliação de representantes da ACHABA, entendendo a importância do protagonismo desses sujeitos no processo de validação do material.

Construindo saberes e práticas sobre doença de Chagas

O material educativo sobre DC produzido pode ser uma ótima estratégia de apoio às equipes de saúde municipais, nas orientações voltadas para a população, uma vez que traz recomendações desde a prevenção, suspeição da doença, identificação do vetor transmissor, até o diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos portadores da enfermidade (Figura 2).

Em áreas endêmicas para DC, onde a população mais vulnerável é essencialmente a de menor nível socioeconômico, fazem-se necessárias estratégias diversas para enfrentar a realidade. Sendo a Bahia um estado endêmico, com elevada morbimortalidade, materiais voltados para ações de educação em saúde podem ser uma ferramenta edificante para promoção da saúde e prevenção de doenças, por meio da veiculação de informações que possibilitem o empoderamento e autonomia dos sujeitos, bem como facilitem o diálogo entre os profissionais de saúde e a comunidade.

Espera-se que o material produzido possa instrumentalizar a população na construção de seus próprios saberes e práticas sobre a doença de Chagas, bem como auxiliar o trabalho educativo das equipes de saúde, considerando as especificidades de seus territórios.

Referências

ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. Escolha e Avaliação de Tratamento para Problemas de Saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. *In*: RABELO, M. C. M.; ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1999. p. 125-138. Disponível em: http://books.scielo.org/id/pz254/pdf/rabelo-9788575412664-06.pdf. Acesso em: 24 jul. 2020.

ARAÚJO, F. de M.; SANTOS, E. da C. Educação ambiental e a prática da transversalidade na formação de professores: reflexos no ensino básico. *In*: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS, 7., 2009, Florianópolis. *Anais* [...]. [*S. l.*: ABRAPEC], 2009. Disponível em: http://www.fep.if.usp.br/~profis/arquivos/viienpec/VII ENPEC - 2009/www.foco.fae.ufmg.br/cd/pdfs/686.pdf. Acesso em: 25 jul. 2020.

BAHIA. Secretaria da Saúde. *Nota técnica GT Chagas Nº 01/2015 - CODTV DIVEP SUVISA SESAB*. Salvador, 23 mar. 2015. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/08/Suvisa_Nota_tecnica_n_01_Doenca_chagas_2015.pdf. Acesso em: 15 jul. 2021.

BAHIA. Secretaria da Saúde. *Sistema de Informações sobre Mortalidade*. [Salvador], 2020a. Disponível em: http://www3.saude.ba.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/obito.def. Acesso em: 5 out. 2020.

BAHIA. Secretaria da Saúde. *Plano de Ações Estratégicas do Programa de Controle da doença de Chagas para a intensificação da vigilância e controle da doença*. [Salvador]: Secretaria da Saúde, 2020b. Disponível em: https://www.cosemsba.org.br/wp-content/uploads/2021/03/285_HOMLG_2_1_DIVEP_CHAGAS.pdf. Acesso em: 27 maio 2020.

BARROS, R. P.; HENRIQUES, R.; MENDONÇA, R. Desigualdade e pobreza no Brasil: retrato de uma estabilidade inaceitável. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 15, n. 42, p. 123-142, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092000000100009&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 20 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Melhorias Habitacionais para o Controle da Doença de Chagas*. Brasília, DF, 2017. Disponível em: http://www.funasa.gov.br/melhorias-habitacionais-para-o-controle-da-doenca-de-chagas. Acesso em: 16 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Doença de Chagas*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. (Relatório de Recomendação, n. 397). Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Protocolos/Relatorio_PCDT_Doenca_de_Chagas.pdf. Acesso em: 19 maio 2020.

DIAS, J. C. P. Chagas disease control in Brazil: which strategy after the attack phase? *Annales de la Societé Belge de Médicine Tropicale*, Antwerpen, v. 71, p. 75-86, 1991. Suplemento 1. Disponível em: http://lib.itg.be/open/ASBMT/1991/1991asbmos75.pdf. Acesso em: 10 out. 2020.

FONSECA, C. Quando cada caso NÃO é um caso: Pesquisa etnográfica e educação. *Revista Brasileira de Educação*, Rio de Janeiro, n. 10, p. 58-78, 1999. Disponível em: http://anped.tempsite.ws/novo_portal/rbe/rbedigital/RBDE10/RBDE10_06_CLAUDIA_FONSECA.pdf. Acesso em: 20 jul. 2020.

LINDOSO, J. A. L.; LINDOSO, A. A. B. P. Neglected tropical diseases in Brazil. *Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo*, São Paulo, v. 51, n. 5, p. 247-253, 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rimtsp/v51n5/v51n5a03.pdf. Acesso em: 25 mar. 2021.

MARTINS-MELO, F. R. *et al.* Prevalence of Chagas disease in Brazil: A systematic review and meta-analysis. *Acta Tropica*, Amsterdam, v. 130, p. 167-174. 2014. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1016/j.actatropica.2013.10.002. Acesso em: 25 maio 2021.

MINAYO, M. C. S. Contribuições da antropologia para pensar e fazer saúde. *In:* CAMPOS, G. W. de S. *et al*. (org.). *Tratado de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Hucitec: Ed. Fiocruz, 2006. p. 201-230. Disponível em: https://www.passeidireto.com/arquivo/33337972/tratado-de-saude-coletiva-livro-gastao-wagner?utm-medium=link. Acesso em: 14 jun. 2020.

SANMARTINO, M.; CROCCO, L. Conocimientos sobre la enfermedad de Chagas y factores de riesgo en comunidades epidemiologicamente diferentes de Argentina. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, DC, v. 7, n. 3, p. 173-178, 2000. Disponível em: https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v7n3/1409.pdf. Acesso em: 28 nov. 2020

SILVA, R. A.; BONIFÁCIO, P. R.; WANDERLEY, D. M. Chagas' disease in São Paulo State: a comparative study between systematic search and inhabitants' report of bugs in the area under entomological surveillance. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, Uberaba, v. 32, n. 6, p. 653-659, 1999. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86821999000600007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 9 nov. 2020.

UCHÔA, E.; VIDAL, J. M. Antropologia Médica: Elementos Conceituais e Metodológicos para uma Abordagem da Saúde e da Doença. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 497-504, 1994. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/csp/v10n4/v10n4a10.pdf. Acesso em: 25 jul. 2020.

VILLELA, M. M. *et al*. Avaliação de conhecimentos e práticas que adultos e crianças têm acerca da doença de Chagas e seus vetores em região endêmica de Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1701-1710, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000800006&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 3 out. 2020.

WHO. *Chagas disease* (*American trypanosomiasis*). Geneva: World Health Organization, 2020. Disponível em: https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/chagas-disease-(american-trypanosomiasis). Acesso em: 25 maio 2020.

CAPÍTULO 12

Regulação de preços de medicamentos no Brasil

desafios e reflexões durante elaboração de uma cartilha destinada a gestores do SUS

NEEMIAS SANTANA DA CONCEIÇÃO OLIVEIRA
PATRÍCIA SODRÉ ARAÚJO

Introdução

A saúde como direito social no Brasil é resultado de uma extensa luta histórica, que assegurou aos cidadãos brasileiros o direito constitucional de acessar a todos os serviços públicos de saúde e ressalvou o dever do Estado de prover garantias concretas de proteção desse direito mediante políticas econômicas e sociais (Celuppi *et al.*, 2019; Valle; Farah, 2020). As políticas econômicas devem garantir os princípios de justiça distributiva, enquanto as políticas sociais buscam reduzir as desigualdades estruturais originadas a partir do modo produtivo (Clark, 2008; Höfling, 2001).

As políticas farmacêuticas, parte integrante da Política Nacional de Saúde, têm buscado ampliar o acesso a medicamentos e sua utilização adequada. Contudo, esse é um campo extremamente desafiador, dado a complexidade e as contradições que são inerentes ao elemento central dessas políticas, o medicamento, que é a principal intervenção utilizada na prática clínica em razão do seu melhor custo-benefício, permitindo em muitas oportunidades progressos

terapêuticos a partir de medidas pouco ou não invasivas (Arrais *et al.*, 1997; Paim; Teixeira, 2006).

O acesso a medicamentos no Brasil ocorre de forma desigual, observando-se que entre aqueles com menor poder aquisitivo existe maior dificuldade para usufruir de um tratamento terapêutico completo, e as barreiras de natureza financeira figuram entre as principais razões para a subutilização de medicamentos (Luz; Loyola Filho; Lima-Costa, 2009). O acesso insuficiente aos medicamentos está diretamente associado com piora do estado de saúde, maior uso de terapias adicionais, aumento no número de retornos aos serviços de saúde e gastos adicionais nos tratamentos, com consequente sobrecarga do sistema de saúde, configurando-se como um grave problema de saúde pública (Boing *et al.*, 2013). Por isso, a Organização das Nações Unidas (ONU) tornou o acesso a medicamentos essenciais como um dos cinco indicadores para medir o avanço na garantia do direito à saúde, uma vez que pelo menos um terço da população mundial não tem acesso regular a medicamentos e essa desigualdade impacta acentuadamente nos cuidados de saúde (WHO, 2011).

O mercado farmacêutico é notadamente diferente de outros setores econômicos. O medicamento, nesse mercado, é uma mercadoria de consumo e dessa forma sua produção, comércio, inclusive precificação, passam a ser orientados pelas regras estabelecidas pelo mercado (Barros, 2008). Estratégias desse mercado negligenciam a produção de medicamentos de baixa rentabilidade, gerando desabastecimento, e buscam padrões de inovação focados em altos retornos no menor prazo possível impondo altos preços aos medicamentos para possibilitar a acumulação e valorização dos seus ativos (Soares *et al.*, 2020).

A demanda por medicamentos ocorre em uma circunstância anormal, a doença, o que pode comprometer a racionalidade da decisão do consumidor. Ademais, a decisão sobre o uso dos medicamentos não é do consumidor direto e sim do prescritor, uma vez que esse último detém o saber científico (Arrow, 1963; Bennett, 1997). Outro aspecto sobre esse mercado envolve o financiamento, em geral quem paga por um medicamento não é quem consome e muito menos quem o indicou. O financiador, na maioria dos casos, é o sistema de saúde, que desconhece se o paciente, verdadeiro consumidor, realmente necessita do medicamento. Dessa forma, a assimetria de informações entre prescritor, paciente e financiador podem promover e facilitar comportamentos oportunistas abrindo a possibilidade de indução da demanda, o que contribui para

produzir irracionalidades no uso dos medicamentos e desperdício de recursos financeiros (Mota *et al.*, 2008)

Nesse contexto, o Estado deve exercer um papel de modulador das tensões e dos interesses da sociedade e do mercado. A regulação econômica do mercado de medicamentos é tarefa complexa, envolve atividades de natureza técnico-científica, econômica, política, administrativa e demanda ações de natureza intersetorial, exigindo uma articulação com outros espaços de poder do Estado e diálogo com setores econômicos e até mesmo organizações internacionais (Costa, 2013). Outrossim, essa regulação deve ser compreendida como um componente das políticas farmacêuticas, uma vez que o acesso a medicamentos constitui-se pilar de tais políticas (Brasil, 1998, 2003, 2004).

A Lei nº 10.742/2003 é o marco normativo que definiu a regulação econômica para o setor farmacêutico com o propósito de promover acesso a medicamentos e garantir a competitividade do setor (Brasil, 2003; Gadelha; Maldonado; Costa, 2014). O Brasil adotou o modelo de regulação pelo teto de preços de medicamentos, alicerçado em dois pilares: o controle do preço de entrada e a concessão de ajuste anual de preço, tendo a Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED) a responsabilidade de definir diretrizes e procedimentos relativos à regulação econômica desse mercado (Brasil, 2003; Calais; Caldeira; Guioti, 2013). A CMED é uma instituição estratégica, contudo, enfrenta desafios que interferem na execução de suas ações, o que pode comprometer a qualidade da regulação dos preços dos medicamentos no país (Miziara; Coutinho, 2015).

O objetivo deste capítulo é relatar a experiência de elaboração da cartilha Regulação de preços de medicamentos: o que gestores em saúde precisam saber antes de comprar, produto técnico integrante da dissertação de mestrado profissional desenvolvido pelos autores deste relato, e refletir criticamente sobre os desafios da regulação de preços realizada pela CMED.

O relato foi organizado apresentando as etapas do processo de elaboração do produto técnico em formato de *e-book*, os desafios e as reflexões críticas sobre as informações relacionadas à regulação de medicamentos.

A construção da cartilha em formato *e-book* e desafios encontrados

O produto técnico desenvolvido é uma cartilha informativa em formato *e-book* sobre regulação de preços de medicamentos. A cartilha foi elaborada em virtude

da identificação de lacunas relacionadas à produção técnico-científica sobre aspectos da regulação econômica de medicamentos, com finalidade de auxiliar gestores e profissionais de saúde no processo de aquisição de medicamentos nas compras governamentais.

Os desafios enfrentados por gestores e profissionais de saúde nesse campo decorrem de diversificados desafios. Gestores enfrentam desafios relacionados ao financiamento dos sistemas de saúde, em especial dos sistemas universais como o Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente quando há cada vez maior incorporação de medicamentos que possuem custos muito elevados, a exemplo dos medicamentos novos e sob proteção patentária (Oliveira; Elias, 2012). Outro aspecto guarda relação com a escassez de informações sobre a real composição dos preços dos medicamentos que são pagos pelos cidadãos e sistemas de saúde, faltando clareza e transparência nesse processo de precificação pelas empresas farmacêuticas (Angell, 2010). Ademais, diferentes normativas e regramentos sobre a regulação dos preços de medicamentos e a dispersão dessas informações contribuem para que os gestores e profissionais responsáveis pela aquisição de tecnologias ao SUS incorram em erros ou mesmo infrações, muitas vezes por desconhecem o caráter mandatório da regulação de medicamentos sobre as compras públicas (Brasil, 2012).

Os procedimentos de coleta de dados para elaboração do produto técnico partiram da identificação e coleta de normativas – portarias, resoluções, decretos, leis, relatórios de recomendação de órgãos de controle fiscal e sanitário, a exemplo do Tribunal de Contas da União (TCU) e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) – que tivessem relação com a regulação econômica de medicamentos. Em seguida, esses documentos foram organizados em uma planilha Excel, em que buscou-se identificar a instituição/órgão da normativa, o tipo de documento, o objeto da normativa, a finalidade e os procedimentos a serem aplicados na aquisição de medicamentos. A partir dessas informações a cartilha foi elaborada orientada pelos principais problemas relacionados aos aspectos regulatórios de preços de medicamentos identificados na literatura.

A cartilha apresenta o modelo da regulação de preços de medicamentos no Brasil, descreve o processo de definição do valor de entrada, bem como a informa sobre a periodicidade e forma de veiculação dos percentuais de reajustes dos preços dos medicamentos. Além disso, também apresenta explicações sobre os descontos aplicados a compras públicas, esclarece a relação entre as

alíquotas de Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS) e o preço final dos produtos e disponibiliza informações quanto a possíveis penalidades às quais estão sujeitos os gestores do SUS em caso de descumprimento do regramento da regulação econômica.

As principais dificuldades encontradas durante a elaboração da cartilha informativa foram relacionadas ao acesso às informações publicadas pelas CMED, decorrente principalmente da desatualização no sítio oficial, no qual observa-se a publicização de normas, portarias e comunicados sem a devida anotação sobre a vigência desses documentos.

Tem-se também como dificuldade a ausência de informações claras e consolidadas sobre tributação e desoneração fiscal incidente sobre medicamentos, bem como as penalidades e possíveis responsabilizações aplicáveis aos gestores relacionados ao descumprimento dos aspectos da regulação de preços de medicamentos.

A respeito da desatualização no sítio oficial, no período de produção da cartilha, dez/2020 e jan/2021, observou-se que a lista de medicamentos sujeitos à aplicação do Coeficiente de Adequação de Preços (CAP), desconto aplicado em caso de compras públicas, estava desatualizada no portal da Anvisa. O portal disponibilizava o Comunicado CMED n° 15/2017 ao invés da lista do Comunicado CMED n° 3/2020.

Considerando que o Acórdão n° 1.018/2015-TCU- Plenário é taxativo quanto à responsabilização e aplicação de penalidade a agentes públicos em caso de aquisições com preços superiores ao teto estabelecido pela CMED (Brasil, 2018), a disponibilização no sítio da Anvisa de uma lista CAP desatualizada poderia contribuir para que gestores realizassem aquisições acima do preço teto, uma vez não aplicariam o desconto devido.

Outro problema observado refere-se à ausência de informações claras e consolidadas sobre tributação e desoneração fiscal incidente sobre medicamentos. O Convênio do Conselho Nacional de Política Fazendária nº 87/2002, Confaz/87, determina que operações realizadas com os fármacos listados nesse documento, destinado a órgãos da Administração Pública, são isentas do ICMS. Há uma jurisprudência consolidada no TCU que disciplina quanto à necessidade de inclusão no edital ou no termo de dispensa de uma cláusula específica relativa à aplicação do Convênio ICMS Confaz nº 87/2002 ou de quaisquer outras normas que impliquem desoneração tributária (Brasil, 2018).

A supressão da aplicabilidade do desconto do ICMS no edital pode gerar uma desigualdade entre as empresas participantes, com possibilidade de seleção da proposta menos vantajosa para a Administração Pública, uma vez que a empresa que apresentar sua proposta desonerada pode sagrar-se vencedora do certame, podendo, contudo, não corresponder ao menor preço real, já que outra empresa pode apresentar a proposta sem a desoneração. Constatado esse fato, gestores e agentes públicos envolvidos no certame poderão sofrer penalizações de natureza administrativa e criminal (Brasil, 2018).

Apesar disso, não foram identificados documentos de orientação da CMED sobre os critérios que devem ser utilizados nas escolhas das alíquotas de ICMS e nem iniciativas ou ações educativas para gestores e profissionais que atuem no setor público, cujas atividades e responsabilidade no âmbito do SUS são diretamente impactadas pelas normativas relacionadas à regulação de preços de medicamentos. O papel da CMED parece estar restrito à publicação de tabelas de preços, e não foi identificada na literatura científica ou mesmo nas publicações da própria CMED ações de acompanhamento das práticas de mercado (Miziara; Coutinho, 2015).

Ademais, iniciativas de abertura ao diálogo junto à sociedade civil no sentido de promover o conhecimento e divulgação das informações sobre regulação de preços de medicamentos também não foram verificadas. A CMED parece concentrar no setor empresarial os seus esforços de disseminação de informações. Observa-se, por exemplo, a frequente participação de secretários executivos e de técnicos da CMED em eventos e treinamentos organizados pelo Sindicato da Indústria de Produtos Farmacêuticos (Sindusfarma), fato que é legítimo e positivo, entretanto, não deveria restringir ao segmento regulado seus vértices de interlocução.

A observada ausência de informações claras e de fácil acesso sobre regulação econômica parece interferir diretamente no conhecimento e adesão dos gestores ao regramento da regulação de preços de medicamentos, o que pode levar a práticas errôneas em processos licitatórios com possibilidade de seleção da proposta menos vantajosa para a Administração Pública, decorrendo em desperdício do já escasso e limitado recurso público (Brasil, 2012).

As informações pulverizadas e dispersas em diferentes sítios e em normas publicadas por distintos agentes estatais de diferentes esferas federativas constituem-se como uma barreira adicional para o cumprimento do marco regulatório

por parte dos gestores e para a obtenção de processos licitatórios mais eficientes e com a obtenção de propostas economicamente mais vantajosas (Brasil, 2018).

Frente às inúmeras responsabilidades da CMED e aos desafios relacionados à institucionalização das instituições no SUS, parece faltar à CMED uma estrutura operacional suficientemente capaz de realizar tarefas essenciais à regulação do mercado, como o monitoramento de preços reais dos medicamentos e a criação de mecanismos de fiscalização da aplicação do CAP em todas as compras públicas (Miziara; Coutinho, 2015).

Em decorrência dessa suposta fragilidade operacional por parte da CMED, cabe ao gestor público estar atento ao regramento aplicável em licitações públicas e, em caso de não observância pelos fornecedores de medicamentos dos descontos determinados em compras efetuadas pelo setor público, denunciar aos órgãos responsáveis. Sendo que, caso não formalize a denúncia, o agente público pode sofrer responsabilização por aquisição antieconômica e pode ser exigida a devolução dos recursos pagos acima do teto estabelecido pelos normativos da CMED, mediante instauração de Tomada de Contas Especial (Brasil, 2018). Essa informação também está devidamente descrita na cartilha informativa.

Os estudos de Campos e Franco (2017) e Miziara e Coutinho (2015) apontam que em muitos casos os preços CMED podem estar muito acima da realidade do mercado, com diferenças que podem ser de mais de 600%. Diante disso, a aquisição de medicamentos apenas por preços inferiores aos registrados na lista da CMED não significa, necessariamente, que houve eficiência na compra pública e não isenta o gestor público de possíveis sanções (Brasil, 2018).

Portanto, é necessário fazer uma boa e fundamentada definição de valor referencial para segurança jurídica da licitação e para resguardar agentes públicos de sanções administrativas e penalidades cabíveis, adotando, por exemplo, a estratégia de balizar-se pelos preços praticados no âmbito dos órgãos e entidades da Administração Pública (Brasil, 1993).

O Banco de Preços em Saúde (BPS) é uma importante ferramenta para ser utilizada com esse objetivo, pois foi construído para atuar como ferramenta de acompanhamento do comportamento dos preços de medicamentos, fornecendo ao gestor público subsídios para sua tomada de decisão, aumentando a transparência e visibilidade, no que se refere à utilização dos recursos do SUS para a aquisição de medicamentos (Campos; Franco, 2017).

Entretanto, parece existir, por parte dos gestores em saúde, desconhecimento sobre as potencialidades do BPS (Brasil, 2018). A cartilha elaborada, também apresentou informações nesse sentido e disponibilizou instruções e formas de consulta ao BPS.

Apesar da lei que cria a CMED trazer como destaque que a regulação econômica de medicamentos tem como finalidade promover assistência farmacêutica à população, o debate sobre redução de preços e acesso de medicamentos não parece possuir destaque nas normativas e comunicados redigidos pela CMED. Sua atuação concentra-se em ações com ênfase normativa, sendo urgente a necessidade do fortalecimento institucional da CMED, de maneira a fazê-la transpor a fronteira de uma atuação essencialmente burocrática, notadamente desarticulada de outras ações das políticas farmacêuticas (Maluf, 2011; Oliveira; Elias, 2012).

A universalização de acesso a medicamentos é um dos principais objetivos das políticas farmacêuticas e possui como principal obstáculo a desigualdade social que impõe limites de aquisição àqueles que possuem rendimentos menores (Aziz *et al.,* 2011). É injusto que pessoas em situação de vulnerabilidade econômica sejam obrigadas a pagar pelos altos preços dos medicamentos, ou mesmo que o SUS seja excessivamente onerado, em virtude da falta de clareza e transparência no processo de precificação dos medicamentos, pois não se sabe qual de fato é o montante investido em Pesquisa e Desenvolvimento (P&D) pelas empresas farmacêuticas, de maneira que estas podem estar atuando de forma abusiva e inescrupulosa trazendo danos econômicos à sociedade (Angell, 2010).

É por isso que, em um momento de avanço das políticas liberais no Estado brasileiro, com perda de direitos dos trabalhadores e regressões legislativas, é crucial que se lute pelo fortalecimento das instituições de regulação, principalmente daquela que visa regular um mercado tão complexo e carregado de interesses obscuros como é o mercado de medicamentos, cabendo a essas instituições a responsabilidade de mediar a relação entre produtores e consumidores, sendo esse último constituído de indivíduos, instituições de saúde e o próprio Estado (Costa, 2004).

A regulação econômica de preços deve, portanto, ter como principal objetivo proteger financeiramente o SUS contra abusos do mercado econômico, uma vez que, conforme estudo realizado pelo TCU, o fornecimento de medicamentos

representa o maior número de ações interpostas contra o Estado e representa o maior volume de gastos públicos (Brasil, 2017).

O valor pago pelos medicamentos é, portanto, um item de interesse social e o seu processo de regulação e a metodologia de precificação deve ser tema de debate abrangente em toda sociedade. A CMED, como órgão da Administração Pública Federal, é responsável por fomentar a participação social na formulação, na execução, no monitoramento e na avaliação das suas ações e seus programas, de maneira que as normativas publicadas reflitam e atendam aos anseios da sociedade (Brasil, 2014). Não foram identificados mecanismos relacionados à participação social nos atos normativos elaborados pela CMED.

Dessa forma, a utilização da ferramenta de consulta pública de forma mais ampla, com divulgação e acesso facilitado, pode ser uma estratégia de boas práticas a ser incorporada pela CMED, buscando sobretudo ampliar a discussão sobre as matérias em análise, agregando ao debate a ótica e as vivências de pacientes, profissionais de saúde, cidadãos e outros atores sociais, para além daqueles ligados ao setor industrial farmacêutico (Brasil, 2014; Silva *et al.*, 2019).

Outra estratégia que pode também ser utilizada pela CMED é a ferramenta de audiência pública, um mecanismo que permite a participação social na gestão pública, possui natureza consultiva e possibilita que a sociedade manifeste seus interesses e opiniões, fornecendo subsídios para a tomada de decisão (Silva *et al.*, 2019).

É prioritária também a implementação conjunta de outras medidas de regulação econômica devidamente aplicadas à realidade de um sistema de saúde brasileiro, que dada as suas dimensões continentais, poderia exercer maior influência na formação de preços e na nacionalização da produção de medicamentos e insumos farmacêuticos, contribuindo para o desenvolvimento do complexo industrial da saúde de maneira a garantir a independência produtiva nacional (Gadelha; Maldonado; Costa, 2014).

Conclusão

A cartilha produzida foi ancorada no *site* da Universidade do Estado da Bahia (UNEB) na página do Programa do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva e no repositório institucional da Biblioteca da UNEB. Também disponibilizada no repositório do Instituto de Defesa do Consumidor (IDEC) e amplamente

divulgada pelo Conselho Regional de Farmácia da Bahia (CRF-BA), Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (COSEMES), TCU, Anvisa e Conselho Nacional de Saúde (CNS) por meio eletrônico. Espera-se que, em posse das informações, gestores e profissionais da saúde possam compreender melhor como funciona o processo de regulação de preços de medicamentos no país e exigir a aplicação do desconto obrigatório, quando aplicável.

Face às peculiaridades do setor farmacêutico, a regulação de medicamentos precisa de constantes aperfeiçoamentos e deve estar articulada com outras ações que busquem promover o acesso a esse importante insumo de saúde. É necessário também que a regulação econômica de medicamentos esteja articulada e integrada a outras políticas farmacêuticas, de maneira que o acesso à medicamentos seja o principal objetivo dessa regulação de mercado.

É urgente a necessidade de fortalecimento da CMED ou mesmo que outros espaços de tomada de decisões sobre a regulação econômica de medicamentos sejam criados, tendo o debate e a participação social como premissas. É vital que qualquer que seja o órgão que tenha o papel de regular economicamente o mercado de medicamentos o faça com independência, fiscalizando os preços praticados no mercado e desenvolvendo metodologias que reduzam os preços e promovam acesso aos medicamentos.

A regulação econômica do mercado de medicamentos precisa entrar na pauta das discussões de saúde coletiva, sendo necessário que esse campo do conhecimento se aproprie e reivindique para si as discussões e debates quanto à formulação e aperfeiçoamento dos requisitos legislativos, regulação econômica do mercado de medicamentos e sua aplicação prática na promoção do acesso a medicamentos.

Referências

ANGELL, M. *A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos*: como somos enganados e o que podemos fazer a respeito. 5. ed. São Paulo: Record, 2010.

ARRAIS, P. S. D. *et al.* Perfil da automedicação no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 71-77, 1997. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0034-89101997000100010. Acesso em: 21 jul. 2022.

ARROW, K. Uncertainty and the welfare economics of medical care. *The American Economic Review*, [Nashville], v. 53, n. 5, p. 941-973, 1963.

AZIZ, M. M. *et al.* Prevalência e fatores associados ao acesso a medicamentos pela população idosa em uma capital do sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 10, p. 1939-1950, 2011. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011001000007. Acesso em: 21 jul. 2022.

BARROS, J. A. C. de. (org.). *Os fármacos na atualidade*: antigos e novos desafios. Brasília, DF: ANVISA, 2008.

BENNETT, S. Health care markets: defining characteristics. *In*: BENNETT, S.; MCPAKE, B.; MILLS, A. (ed.). *Private health providers in Developing Countries*. London: Zed Books, 1997. p. 85-101.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. Aumentam os gastos públicos com judicialização da saúde. *Portal TCU*, Brasília, DF, 23 ago. 2017. Disponível em: https://portal.tcu.gov.br/imprensa/noticias/aumentam-os-gastos-publicos-com-judicializacao-da-saude.htm. Acesso em: 21 jul. 2022.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. *Orientações para aquisições públicas de medicamentos*. Brasília, DF: TCU, 2018.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. *Relatório de Auditoria Operacional TC 034.197/2011-7*. Relatório de Auditoria Operacional. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos – CMED. Órgão regulador [...]. Relator: Min. Walton Alencar Rodrigues, 15 de agosto de 2012. Disponível em: https://portal.tcu.gov.br/biblioteca-digital/auditoria-operacional-na-camara-de-regulacao-do-mercado-de-medicamentos-cmed.htm. Acesso em: 21 jul. 2022.

BRASIL. Decreto nº 8.243, de 23 de maio de 2014. Institui a Política Nacional de Participação Social – PNPS e o Sistema Nacional de Participação Social – SNPS, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 151, n. 98, p. 6-8, 26 maio 2014.

BRASIL. Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 131, n. 116, p. 8269-8281, 22 jun. 1993.

BRASIL. Lei nº 10.742, de 06 de outubro de 2003. Define normas de regulação para o setor farmacêutico, cria a Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos – CMED e altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 140, n. 194, p. 1-2, 7 out. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 141, n. 96, p. 52-53, 20 maio 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html. Acesso em: 21 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. [Aprova a Política Nacional de Medicamentos]. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 136, n. 215-E, p. 18-23, 10 nov. 1998. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html. Acesso em: 21 jul. 2022.

BOING, A. C. *et al.* Acesso a medicamentos no setor público: análise de usuários do Sistema Único de Saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 691-701, 2013. Disponível em: https://www.scielosp.org/pdf/csp/2013.v29n4/691-701/pt. Acesso em: 21 jul. 2022.

CALAIS, G. S. P.; CALDEIRA, T. R.; GUIOTI, C. O. Regulação econômica. *In*: VIEIRA, F. P.; REDIGUIERI, C. F.; REDIGUIERI, C. F. (org.). *A regulação de medicamentos no Brasil*. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 563-584.

CAMPOS, A. Z. S.; FRANCO, M. P. V. Os efeitos da regulamentação de preços da CMED sobre as compras públicas de medicamentos do Estado de Minas Gerais. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde – RGSS*, São Paulo, v. 6, n. 3, p. 253-264, 2017. Disponível em: https://periodicos.uninove.br/revistargss/article/view/12788/6318. Acesso em: 21 jul. 2022.

CELUPPI, I. C. *et al*. 30 anos de SUS: relação público-privada e os impasses para o direito universal à saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 121, p. 302-313, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000200302&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 dez. 2019.

CLARK, G. Política econômica e Estado. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 22, n. 62, p. 207-217, 2008. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0103-40142008000100014. Acesso em: 21 jul. 2022.

COSTA, E. A. Regulação e Vigilância Sanitária para proteção da saúde. *In*: VIEIRA, F. P.; REDIGUIERI, C. F.; REDIGUIERI, C. F. (org.). *A regulação de medicamentos no Brasil*. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 563-584.

COSTA, E. A. *Vigilância Sanitária para proteção da saúde*. São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos, 2004.

GADELHA, C. A. G.; MALDONADO, J. M. S. de V.; COSTA, L. S. Complexo Produtivo de Saúde: inovação, desenvolvimento e Estado. *In*: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (org.). *Saúde Coletiva*: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 173-183.

HÖFLING, E. M. Estado e políticas (públicas) sociais. *Cadernos CEDES*, Campinas, ano 21, n. 55, p. 30-41, 2001.

LUZ, T. C. B.; LOYOLA FILHO, A. I.; LIMA-COSTA, M. F. Estudo de base populacional da subutilização de medicamentos por motivos financeiros entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*,

Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1578-1586, 2009. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000700016. Acesso em: 21 jul. 2022.

MALUF, E. O controle de preços de medicamentos. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 67-84, 2011. Disponível em: https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13237/15052. Acesso em: 21 jul. 2022.

MIZIARA, N. M.; COUTINHO, D. R. Problemas na política regulatória do mercado de medicamentos. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 49, n. 35, 2015. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005779. Acesso em: 21 jul. 2022.

MOTA, D. M. *et al*. Uso racional de medicamentos: uma abordagem econômica para tomada de decisões. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, p. 589-601, 2008. Suplemento. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000700008. Acesso em: 21 jul. 2022.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, p. 73-78, 2006. Edição especial. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006000400011. Acesso em: 21 jul. 2022.

OLIVEIRA, R. R.; ELIAS, P. E. M. Conceitos de regulação em saúde no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 571-576, 2012. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0034-89102012000300020. Acesso em: 21 jul. 2022.

SILVA, A. S. *et al*. Participação social no processo de incorporação de tecnologias em saúde no Sistema Único de Saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 53, p. 109, 2019. Disponível em: http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/165123. Acesso em: 21 jul. 2022.

SOARES, C. *et al.* Uma contribuição para compreender a indústria farmacêutica na dinâmica capitalista financeirizada. *Physis*: revista de saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 1-28, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/s0103-73312020300414. Acesso em: 21 jul. 2022.

VALLE, F. A. A. L.; FARAH, B. F. A saúde de quem está em situação de rua: (in)visibilidades no acesso ao Sistema Único de Saúde. *Physis*: revista de saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 1-21, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/s0103-73312020300226. Acesso em: 21 jul. 2022.

WHO. *The World Medicines Situation 2011*: access to essential medicines as part of the right to health. 3rd. ed. Geneva: WHO, 2011. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-EMP-MIE-2011-2.4. Acesso em: 21 jul. 2022.

CAPÍTULO 13

Qualificando o apoio institucional na gestão estadual da atenção básica

a experiência de construção de um boletim informativo em uma macrorregião da Bahia

DIEGO RANGEL DOS ANJOS PRATA
MARCOS VINÍCIUS RIBEIRO DE ARAÚJO
VLADIMIR ANDREI RODRIGUES ARCE

Boletim informativo como ferramenta de gestão do apoio institucional

O Boletim Informativo, uma Tecnologia de Informação e Comunicação em Saúde (TICs), é uma ferramenta utilizada para comunicar ofertas, bem como divulgar conteúdos e informações sobre determinadas temáticas. No Sistema Único de Saúde (SUS), os boletins têm sido frequentemente utilizados para divulgar informes epidemiológicos, que ganharam bastante visibilidade da imprensa jornalística durante a pandemia do SARS-CoV-19. Entretanto, são pouco conhecidas as experiências sistemáticas de uso desse instrumento em relação às ações de gestão, seja no nível central ou mesmo entre as equipes de saúde em uma determinada unidade (Santos *et al.*, 2021).

Nos últimos tempos, observa-se que o uso das mídias sociais na área da saúde tem se ampliado como meio de impulsionar o fluxo de dados e informações em saúde, de modo a orientar as tomadas de decisão, e ainda, de ampliar

os canais de comunicação para acesso aos serviços de saúde (Pinto; Rocha, 2016). No Brasil, houve uma ampliação do uso das TICs em geral, inclusive na Atenção Básica (AB), sobretudo a partir de 2011 com o lançamento do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), uma vez que esse programa incluiu o grau de incorporação das TICs no seu escopo de padrões de qualidade. Contudo, esse processo ainda se restringe a uma pequena parcela das equipes de AB, principalmente nas Regiões Sul e Sudeste do país (Santos *et al.*, 2017).

Além de contribuírem para a qualificação da assistência prestada à população, verifica-se que o uso das mídias sociais e plataformas digitais se mostra relevante também para a gestão, sobretudo na execução das ações de Educação Permanente em Saúde (EPS), tendo em vista que conferem maior visibilidade de tais ações a um menor custo, uma vez que se trata de ferramentas já utilizadas por gestores, trabalhadores e usuários do sistema de saúde (França; Rabelo; Magnago, 2019).

Ainda sobre a qualificação das ações em saúde, cabe destacar que o apoio institucional, ferramenta de gestão que tem como objetivo provocar a reflexão dos sujeitos acerca das suas práticas cotidianas, ampliando a capacidade de intervenção sobre a realidade (Castro; Campos, 2014), apresenta a potencialidade de fomentar processos de EPS voltados à promoção da integralidade e efetivação dos atributos da AB no cotidiano das práticas (Casanova; Teixeira; Montenegro, 2014). Logo, inserir as TICs no processo de trabalho do AI representa uma ação estratégica de fortalecimento da gestão em saúde.

Na Bahia, a experiência do AI na Diretoria de Atenção Básica (DAB) da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab) objetiva disparar processos reflexivos em Coordenadores de Atenção Básica (CAB) dos municípios. Esse processo depende necessariamente de investimentos no âmbito da democratização na comunicação, por meio do compartilhamento de informações de qualidade, com vistas a estabelecer uma relação dialógica entre apoiador e apoiado. Assim, diante dessa possibilidade de ampliar a visibilidade das ações de qualificação e considerando a natureza imaterial atrelada à atuação do AI, o uso das TICs figura como ação estratégica para divulgar as atividades de AI desenvolvidas no âmbito da gestão estadual da AB.

Dessa forma, este capítulo tem como objetivo apresentar uma proposta de construção de uma TICs, na forma de boletim informativo intitulado *DAB em foco*, proposto como produto técnico vinculado ao projeto de pesquisa "O processo de trabalho de apoiadores institucionais na gestão estadual da atenção básica", desenvolvido no Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado da Bahia (Mepisco/UNEB), e que foi conduzido por um mestrando que atuava, à época de sua pesquisa, como apoiador institucional na gestão estadual da AB na Bahia.

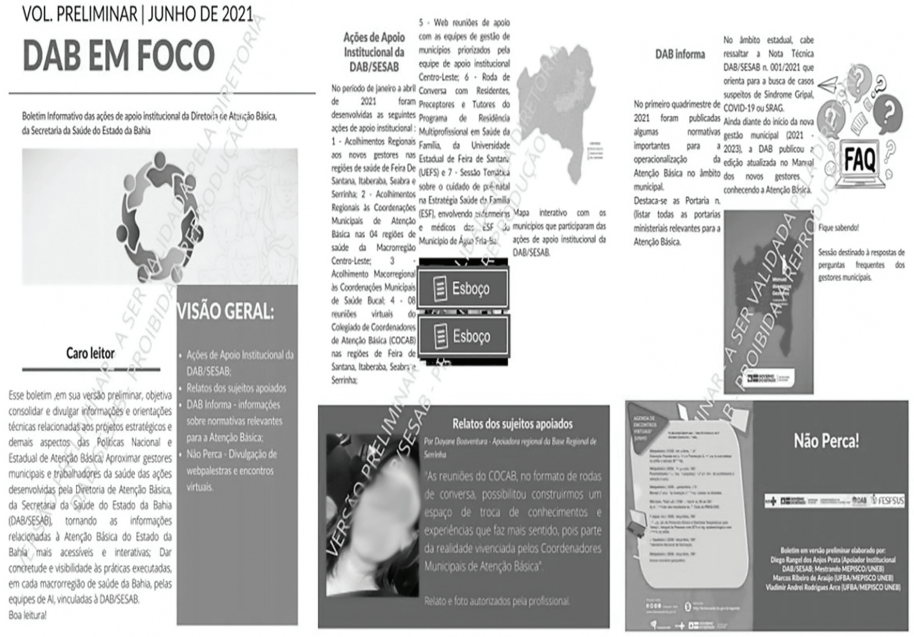
Ressalta-se que esse boletim informativo pretende consolidar e divulgar informações e orientações técnicas relacionadas aos projetos estratégicos e demais aspectos das Políticas Nacional e Estadual da AB; aproximar gestores municipais e trabalhadores da saúde das ações desenvolvidas pela DAB/Sesab, tornando as informações relacionadas à AB do estado da Bahia mais acessíveis e interativas; e dar concretude e visibilidade às práticas executadas, em cada macrorregião de saúde da Bahia, pelas equipes de apoio institucional dessa diretoria.

Construindo o boletim informativo *DAB em foco*

O boletim informativo *DAB em foco* foi construído em versão preliminar, de modo a ser apresentado e submetido à validação da equipe dirigente da DAB/Sesab e da gestão de serviços da Fundação Estatal de Saúde da Família (FESFSUS). Desse modo, constam as ações desenvolvidas apenas na macrorregião Centro-Leste, em virtude do pesquisador principal atuar como apoiador institucional referência para essa macrorregião.

O referido boletim, apresentado a seguir como figura ilustrativa preliminar, é constituído por quatro tópicos, a saber: 1) consolidado das ações desenvolvidas no período pelas equipes de apoio institucional da DAB/Sesab; 2) relatos de gestores municipais, trabalhadores e/ou demais sujeitos sobre impressões e opiniões a respeito de uma oferta de AI e/ou determinada temática referente à AB; 3) informações sobre legislação e demais conteúdos relacionados à AB; 4) divulgação de eventos, web palestras, cursos, dentre outros.

Figura 1 – Boletim informativo das ações de apoio institucional da gestão da atenção básica da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia



Fonte: elaborada pelos autores.

O primeiro tópico se refere às ações desenvolvidas pelas equipes de AI, vinculadas à DAB/Sesab em parceria com equipe técnica das Bases e Núcleos Regionais de Saúde, com equipe técnica de outras diretorias da Sesab, com docentes ou pesquisadores de Instituições de Ensino Superior (IES) sediadas nos territórios das macrorregiões do estado. O consolidado de tais ações é apresentado em um mapa interativo do território estadual da Bahia e descrito brevemente no corpo do texto desse tópico. Cabe ressaltar que a descrição de tais ações considera as frentes temáticas previstas no Planejamento DAB/Sesab para o ano de 2021, bem como as atividades prioritárias para alcance das metas contidas no Plano de Saúde do Estado da Bahia (2020 - 2024).

Em decorrência da situação de emergência em saúde pública, ocasionada pelo novo coronavírus – SARS-CoV-2 –, e a impossibilidade de realização de agendas

de AI presenciais nos territórios das regiões de saúde, os ApI vêm desenvolvendo web reuniões com as equipes de gestão municipal, de modo a orientar sobre ações estratégicas que possam dialogar com as realidades e necessidades locais, para um efetivo processo de enfrentamento da pandemia pela covid-19 e ainda contribuir na qualificação da estruturação e/ou revisão dos planos municipais de contingência para enfrentamento da pandemia.

Outra frente de trabalho das eqAI está relacionada à necessidade de (re) estruturação da atuação das Coordenações Municipais de Atenção Básica que tem ocupado as agendas de trabalho das eqAI, seja por meio das reuniões virtuais do Colegiado de Coordenadores da Atenção Básica (Cocab), em que são discutidas pautas relevantes para construir uma AB abrangente e resolutiva nos municípios baianos e, ainda, por meio de web reuniões para prestar apoio técnico a esses coordenadores na organização dos serviços de AB.

O segundo tópico do boletim reúne os relatos dos sujeitos – gestores municipais, coordenadores da AB e/ou profissionais de saúde – que representam o público-alvo das ofertas de AI. Cabe ressaltar que, diante do modo de atuação das equipes de apoiadores da DAB/Sesab, estabelecendo parcerias interinstitucionais que envolvem o corpo técnico das regionais de saúde, o corpo técnico das demais diretorias e superintendências da Sesab e/ou docentes e pesquisadores de instituições acadêmicas, esse campo também poderá conter narrativas desses sujeitos.

Sendo assim, nesse tópico, os sujeitos apoiados podem relatar as impressões sobre os eventos promovidos pela DAB e ainda tecer comentários e opiniões sobre determinada temática relacionada à AB do estado da Bahia, representando um movimento relevante de interlocução com os sujeitos envolvidos nas ações desenvolvidas pelo AI no âmbito da gestão estadual da atenção básica.

O terceiro tópico do boletim agrupa informações sobre aspectos relacionados às Políticas Nacional e Estadual de AB, desde orientações sobre credenciamento, implantação e funcionamento de determinado projeto estratégico da AB. Sendo assim, é possível apresentar recortes de portarias ministeriais, de resoluções da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), destacar notas técnicas da DAB/Sesab que apresentem normativas ou diretrizes importantes para implementação de ações gerenciais e/ou assistenciais e organização dos serviços de atenção à saúde nesse nível de atenção.

Diante da finalidade de conter elementos orientadores, nesse tópico é possível também abranger um campo de FAQ ou também conhecido como "perguntas frequentes", abordando questões mais enviadas pelos gestores municipais às equipes de AI com as respectivas respostas.

E, por fim, o quarto tópico do boletim é um espaço destinado à divulgação de eventos, webpalestras, cursos, dentre outros já programados para os próximos meses, possibilitando ampliar as formas de publicização das ofertas de EPS no âmbito da AB, promovidas pela DAB/Sesab ou por instituições parceiras.

Cabe ressaltar que o referido produto técnico poderá ser elaborado a partir do relatório consolidado das ações de AI desenvolvidas pelas eqAI nas nove macrorregiões de saúde, que é sistematizado pelo gestor do programa de AI vinculado à FESF/SUS. Como no cotidiano de trabalho das eqAI já está prevista a elaboração desses relatórios de prestação de contas do serviço de AI na periodicidade trimestral, propõe-se essa frequência para a sua publicação.

Considerando a capilaridade com os sujeitos apoiados, característica da atuação das eqAI nos diversos territórios regionais, compreende-se que as eqAI reúnem as melhores condições para selecionar as informações e demais temáticas relacionadas aos projetos estratégicos da política de AB, os quais têm sido mais demandados por tais sujeitos. Desse modo, os apoiadores possuem um papel técnico fundamental no processo de construção desse produto.

Com relação ao meio de publicação, o boletim *DAB em foco* foi projetado para ser divulgado em meio virtual, utilizando recursos interativos de Tecnologia da Informação (TI), para apresentação das informações sobre as ações de AI desenvolvidas por macrorregião de saúde. Além disso, é possível a inclusão de vídeos de curta duração com relatos e, ainda, de tutoriais animados, sendo o boletim indexado nos sítios eletrônicos da FESF/SUS e Sesab. Essa proposta de divulgação pretende assegurar acesso simples e facilitado aos diversos conteúdos que compõem o boletim, promovendo aos visitantes desses portais eletrônicos uma experiência dinâmica e atrativa.

Contribuições do boletim informativo *DAB em foco* ao fortalecimento do apoio institucional na gestão estadual da atenção básica na Bahia

O processo de trabalho do AI na DAB/Sesab tem demonstrado que as ações desenvolvidas pelas eqAI se pautam, em sua maioria, pelo diálogo e interação

com os diferentes sujeitos apoiados, sobretudo coordenadores de AB e gestores de saúde, de modo a produzir relações institucionais que favoreçam aos apoiadores apontar possibilidades para que esses sujeitos possam intervir sobre determinada realidade, desenvolvendo assim práticas de gestão mais estruturadas, com a finalidade de promover o fortalecimento da AB.

Nesse sentido, as reuniões do Cocab para debater diversas temáticas relacionadas à política de AB e compartilhar experiências relevantes para a organização da AB, e que ocorrem periodicamente e preferencialmente na modalidade presencial (Bahia, 2013), têm sido estratégicas para sustentar uma relação horizontal, contrapondo-se a uma perspectiva verticalizada ainda prevalente no âmbito da gestão em saúde. Ainda assim, essas ações estratégicas demandam um conjunto de ferramentas que possibilitem consolidar essa relação de trocas, e nesse sentido, os boletins se apresentam como potentes para tal, uma vez que pretendem ser um canal de compartilhamento pautado nas diferentes realidades vivenciadas pela AB dos municípios.

Espera-se que o referido produto técnico possa ampliar os canais de divulgação das ações desenvolvidas pelas equipes de AI da DAB/Sesab, bem como auxiliar na disseminação de conteúdos de forma objetiva. Nesse sentido, entende-se que tal produto apresenta potencialidade para qualificação das práticas de gestão em saúde no âmbito do SUS, uma vez que possibilitará aos gestores municipais o acesso a temas atuais e norteadores, os quais poderão auxiliá-los na operacionalização de projetos estratégicos relacionados às Políticas Nacional e Estadual de Atenção Básica, no melhor acompanhamento do processo de trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e ainda na implementação de ações estratégicas, de acordo com as diferentes realidades locais, para uma efetiva gestão da AB nos municípios baianos.

Tendo em vista que o boletim se propõe também a evidenciar as práticas de AI, dispositivo de gestão que busca alcançar a cogestão, por meio de reflexão das práticas gerenciais e da ampliação da autonomia dos sujeitos envolvidos no processo, sendo desenvolvido desde 2007 na gestão estadual da AB (Falleiro *et al.*, 2014), espera-se que, ao promover uma maior aproximação dos gestores municipais e trabalhadores de tais práticas de apoio, possibilite uma maior visibilidade dos construtos da gestão estadual da AB da Bahia. Portanto, o referido produto técnico possui um potencial de contribuir com a consolidação do AI como ferramenta de gestão prioritária e estratégica para a qualificação e fortalecimento da AB no estado da Bahia.

Referências

BAHIA. Secretaria da Saúde. *Política Estadual de Atenção Básica*. Salvador: Sesab, 2013.

CASANOVA, A. O.; TEIXEIRA, M. B.; MONTENEGRO, E. O apoio institucional como pilar na cogestão da atenção primária à saúde: a experiência do Programa TEIAS - Escola Manguinhos no Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4417-4426, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/rxNFBsGvHhRyZNfhxMcYZ4b/abstract/?lang=pt. Acesso em: 10 jul. 2019.

CASTRO, C. P.; CAMPOS, G. W. S. Apoio Institucional Paidéia como estratégia para Educação Permanente em Saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 29-50, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tes/a/GLXVhYxjqVKWzxpPPCD3RXG/. Acesso em: 15 jul. 2019.

FALLEIRO, L. M. *et al*. Considerações preliminares sobre Apoio Institucional e Educação Permanente. *In*: FALLEIRO, L. M. (org.). *Experiências de apoio institucional no SUS*: da teoria à prática. Porto Alegre: Rede Unida, 2014. p. 19-30.

FRANÇA, T.; RABELLO, E. T.; MAGNAGO, C. As mídias e as plataformas digitais no campo da Educação Permanente em Saúde: debates e propostas. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, p. 106-115, 2019. Edição especial 1. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/GsRWdhS9VztCddQjNT46RkN/?lang=pt. Acesso em: 20 out. 2020.

PINTO, L. F.; ROCHA, C. M. F. Inovações na Atenção Primária: o uso de ferramentas de tecnologia de comunicação e informação para apoio à gestão local. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1433-1448, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/CFj6GmKwqyCMHTrpNPJQLXM/?lang=pt. Acesso em: 4 nov. 2020.

SANTOS, A. F. *et al*. Incorporação de Tecnologias de Informação e Comunicação e qualidade na Atenção Básica em saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 5, p. 1-14, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/RnPV7RmbyK3LybkSPTJsBGM/?lang=pt. Acesso em: 20 out. 2020.

SANTOS, M. O. S. *et al*. Estratégias de comunicação adotadas pela gestão do Sistema Único de Saúde durante a Pandemia de COVID-19 - Brasil. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 25, p. 1-20, 2021. Suplemento 1. Disponível em: https://www.scielo.br/j/icse/a/sRZcRPfpNtT8xTxKfF4Q6WS/. Acesso em: 7 jul. 2022.

CAPÍTULO 14

Projeto Desatando Nós

uma proposta de prática itinerante para o fortalecimento do cuidado no território

ANNA CAROLINA ALVES MACHADO
MARCOS VINÍCIUS RIBEIRO DE ARAÚJO
VLADIMIR ANDREI RODRIGUES ARCE

A prática itinerante como tecnologia de cuidado em saúde no território

As práticas itinerantes são uma forma de tecnologia do cuidado que reúnem aspectos convergentes, e entre eles, destacam-se a visão sobre o território como espaço de realização de práticas de cuidado e ações de saúde, e aspectos singulares que preservam suas especificidades. As discussões sobre essas práticas, atravessadas por noções sobre cuidado, território e políticas públicas, envolvem também reflexões sobre a garantia do acesso integral aos serviços de atenção à saúde.

Segundo Lemke e Silva (2011), o acompanhamento terapêutico, o trabalho dos agentes comunitários de saúde e o Consultório na Rua são exemplos de tecnologias do cuidado que têm em comum o exercício itinerante, que prioriza, portanto, o desenvolvimento de ações no território em que os usuários vivem e constroem suas relações próximas aos seus cotidianos. Além disso, tornaram-se importantes tecnologias, pois têm o potencial, por exemplo, de substituir práticas que incluem a privação de liberdade (Santos; Azevedo, 2016).

Nessa perspectiva, busca-se promover uma forma contextualizada de atenção, numa relação entre produção de cuidado e território com construção de ações e percursos nesse espaço ligado à realidade de vida dos usuários, garantindo o seu pertencimento ao território, que passa a ser entendido como o lugar em que se constroem interações e modos de existência. Esses mesmos autores destacam o território como espaço de produção dos modos de ser, de se relacionar, de amar, de consumir, onde algumas pessoas encontram-se envolvidas na grande máquina capitalista e outras, resistentes à sua captura (Yasui; Luzio; Amarante, 2018).

Nesse sentido, é evidente a necessidade de desenvolvimento de diversificadas estratégias para a produção do cuidado integral na Atenção Primária à Saúde (APS), para que os serviços assumam com veemência sua responsabilidade como componente da Rede de Atenção à Saúde e como produtores da integralidade em saúde, tornando-se, verdadeiramente, "a principal porta de entrada", sobretudo, das pessoas em sofrimento.

Segundo Brasil (2004), o nosso compromisso ético nas práticas de saúde é o da defesa da vida, assim, temos que nos colocar na condição de acolhimento, em que cada vida se expressará de maneira singular, mas também compreender que cada vida é expressão da história de muitas vidas, ou seja, de um coletivo. A vida não é o que se passa apenas em cada um dos sujeitos, mas, sobretudo, o que se passa entre os sujeitos, nos vínculos que constroem e que os constroem como potência de afetar e ser afetado (Brasil, 2010).

A realização de práticas de cuidado itinerante tem potencial de gerar transformações em todos os agentes envolvidos – nos usuários e nas equipes de saúde, atingir grupos populacionais historicamente excluídos, garantir acesso e preservar a autonomia ao usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) no seu território de vida – espaço de existência dos usuários, local onde os usuários estão inseridos em sua rede de relações e em sua situação material de existência (Santos; Azevedo, 2016).

Campos Junior e Amarante (2015) abordam em seu estudo a importância do profissional que atua na equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF) interagir com a comunidade e assim entender seu papel psicossocial e espiritual. Os mesmos autores destacam que a realidade vivida por cada usuário deve ser interpretada de forma individual ou coletiva, para que assim seja capaz de

direcioná-los para uma vida saudável por meio do empoderamento de suas ações de promoção da saúde.

Nessa perspectiva, fomentar o desenvolvimento de práticas itinerantes nos territórios cobertos pelas equipes de Saúde da Família pode colaborar para o fortalecimento do vínculo com os usuários e, consequentemente, da longitudinalidade do cuidado no âmbito da ESF, potencializando sua perspectiva transformadora. De modo a fomentar essa prática, o presente capítulo tem como objetivo apresentar uma proposta de prática itinerante construída para ser desenvolvida com equipes multiprofissionais no âmbito da ESF, o projeto Desatando Nós, que é orientado pela perspectiva da clínica ampliada, e que busca fortalecer a ampliação de consciência e assim, descortinar a solução daquela situação ou área na vida dos sujeitos – indivíduos e coletividade – que deu um nó, gerando clareza e energia para se mover adiante para o encontro de um caminho prático de cuidado e/ou de cuidados antes não acessados.

Essa proposta foi construída como produto técnico da pesquisa "Percepção do sofrimento e práticas de saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família em Cruz das Almas, Bahia", desenvolvida no Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade do Estado da Bahia (UNEB).

Apresentando o projeto Desatando Nós

O projeto tem como objetivo geral desenvolver uma prática de cuidado itinerante em saúde para a construção de um cuidado singular, que atue pela promoção da saúde e pela perspectiva da determinação social da saúde, no sentido da melhoria da qualidade de vida das pessoas e do fortalecimento de ganho da autonomia dos usuários.

São também objetivos específicos do projeto aumentar a cobertura de atenção, atingindo uma maior extensão territorial, tanto para, numa lógica de busca ativa, alcançar grupos populacionais vulneráveis quanto para atender às demandas de usuários que não se adaptam aos equipamentos tradicionais de atenção; ser disparador para a implementação de práticas integrativas e complementares nos territórios; e sensibilizar mais trabalhadores de saúde para a integralidade do cuidado em todos os níveis de atenção.

O desenho do projeto

O projeto Desatando nós (Figura 1) foi proposto para ser realizado nos dois Distritos Sanitários do município de Cruz das Almas, Bahia, onde, em 2020, estavam distribuídas 16 equipes de atenção básica, sendo 13 equipes de ESF.

Figura 1 – *Design* do projeto Desatando Nós

Fonte: elaborada pelos autores.

Para tal, propôs-se seu desenvolvimento nos territórios das unidades de saúde, em locais identificados pelas equipes de saúde na comunidade, como praças, quadras, escolas, igrejas, associações, dentre outros recursos. Nessa proposta, a comunidade local deverá ser previamente convidada pelos agentes comunitários de saúde para participar do projeto. A equipe envolvida no projeto deverá ser multiprofissional, incluindo trabalhadores da rede de saúde municipal que atuam no âmbito da APS, equipes das USF Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) e Equipe Multiprofissional na Atenção Primária à Saúde (eMulti) e do polo do Programa Academia da Saúde. A programação prevê que essa prática itinerante ocorra com periodicidade quinzenal. Por meio de um *banner,* deverão ser elencados de forma resumida todos os aspectos do projeto, podendo também ser utilizado para divulgação e conhecimento da comunidade.

Com a chegada dos profissionais ao local de execução do projeto, a comunidade deverá ser informada sobre o projeto Desatando nós e seus objetivos. Ao entender o contexto sociocultural em que estão inseridos os usuários dos serviços de saúde, os profissionais deverão se atentar para as diferenças de linguagens, representações e códigos de leitura do corpo como reflexo no encontro terapêutico. Aos profissionais, o conhecimento desse contexto possibilitará se deixar transformar no diálogo com o saber do outro. Os usuários deverão ser estimulados a participar do projeto como sujeitos da saúde, em busca de reduzir as iniquidades em saúde.

No primeiro momento, deverão ser construídos junto à comunidade os conceitos de cuidado e cuidado em saúde por meio de duas ferramentas. Inicialmente, poderá ser utilizado um processo conhecido como "chuva de ideias" – esse processo didático, prático e criativo sobre determinado tema determina o pensar rápido e de forma espontânea em ideias, conceitos ou palavras que possam relacionar-se com um tema previamente definido – ou também popular em inglês como *brainstorming*, para o tema cuidado/cuidado em saúde. Logo em seguida, as ideias deverão ser organizadas por meio da construção de um mapa conceitual coletivo; essa metodologia deve ser adaptada de uma maneira que possibilite uma elaboração eficaz dos significados sobre o tema. Poderá ser utilizado um cavalete *flip-chart* como recurso para a construção do mapa.

O mapa conceitual é uma representação gráfica para representar um conjunto de conceitos imersos numa rede de proposições, pode ser compreendido como uma representação visual utilizada para partilhar significados. Encontra-se uma grande variedade de tipos de mapas disponibilizados, estes foram imaginados e construídos pelas mais diversas razões. Alguns, preferidos pela facilidade de elaboração (tipo aranha), pela clareza que explicita processos (tipo fluxograma), pela ênfase no produto que descreve ou pela hierarquia conceitual apresentada. Para otimizar um determinado processo, o mapa tipo fluxograma é a representação mais adequada para ser utilizado. Esse tipo de mapa expõe com clareza quais são as confluências e as possíveis opções a serem escolhidas (Tavares, 2007).

Após a construção dos conceitos de cuidado e cuidado em saúde pela comunidade, os usuários deverão ser direcionados a participar de uma roda de conversa com os profissionais para abordagem do tema e diagnóstico do território – levantamento das necessidades de saúde da comunidade e acesso

ao cuidado – por meio de uma escuta coletiva. Para os usuários que não aceitarem participar da roda de conversa poderá ser ofertado um espaço – tenda itinerante – para escuta ou escrita individual. A validação do diagnóstico territorial deve ser realizada junto aos membros da equipe da USF/UBS local. Os problemas identificados de forma coletiva serão abordados e junto à comunidade proposições serão realizadas e/ou executadas ações para superação dos entraves existentes. Nesse momento, os profissionais executantes do projeto deverão ter conhecimento com mais profundidade das experiências e concepções da população com relação ao processo saúde-doença e suas expectativas sobre os serviços de saúde. Na oportunidade, a população deverá ser orientada sobre os fluxos da Rede de Atenção à Saúde do município e as possibilidades de caminhos para "desatar nós" – a rede, o apoio matricial e a corresponsabilização. Situações especiais deverão ser acolhidas individualmente e analisadas, com o objetivo de garantir a resolubilidade. As pessoas que não tiverem suas demandas e/ou necessidades de saúde atendidas no local do projeto devem ser direcionadas/encaminhadas com ficha de referência para acolhimento na Unidade de Saúde de referência.

A partir dessa temática, outras possibilidades de temas poderão ser suscitadas a partir das principais necessidades levantadas pela comunidade e dessa forma, dar-se-á prosseguimento ao cronograma de realização do projeto Desatando nós.

Dando continuidade ao trabalho, propõe-se a formação de um Grupo de Trabalho (GT), aqui chamado de "Criando laços", voltado para discussões relacionadas à produção de cuidado frente às situações de sofrimento na APS, com oferta de educação permanente para as equipes da ESF. Esse espaço visa reconhecer o potencial dos saberes e práticas, bem como dar capacidade para os profissionais construírem as soluções para o enfrentamento dos problemas vivenciados pelas comunidades. Nesse sentido, o saber técnico-científico deve compor com os conhecimentos e as práticas estratégicas articuladas de intervenção para garantir a intervenção sobre os problemas concretos vivenciados por determinada comunidade.

Ao iniciar o GT propõe-se uma dinâmica de grupo, com vistas ao: i) aquecimento e sensibilização para o tema principal apontado pela equipe, tendo em vista suas dificuldades principais – apresentação de um caso, de um vídeo ou situação vivenciada; ii) aprofundamento do tema trazido pelo grupo; iii) planejamento da ação de cuidados pensados pela equipe tendo em vista suas

necessidades; iv) avaliação pelo grupo da necessidade de supervisão individual e grupal para casos mais complexos, com reflexão para alternativas de cuidados, esclarecendo pontos obscuros e favorecendo o trabalho em equipe.

A todo momento, principalmente durante as reuniões do GT, deve-se estimular a relação usuário-profissional e não apenas a discussão de aspectos clínicos. Ademais, os temas a serem trabalhados pela equipe serão demandados a partir do encontro com a comunidade na prática itinerante ou na USF.

Educação permanente em saúde como meio de mudança: perspectivas acerca das contribuições do projeto Desatando Nós para o fortalecimento do SUS local

Espera-se que esse projeto promova, em alguma medida, o deslocamento do cuidado na ESF para além de um âmbito estritamente espacial, afirmando seu potencial de produzir um cuidado contextualizado aos modos de vida das pessoas. Ademais, busca-se maior articulação das políticas de atenção básica e humanização no âmbito local, destacando sua importância estratégica na desinstitucionalização das práticas de saúde e na construção da integralidade do cuidado.

Espera-se, também, promover um outro patamar de relação da ESF com o território, estabelecendo-se assim o espaço para a criação de novas produções de sentido no campo das práticas de cuidado em saúde, de modo a provocar o movimento de acompanhamento do usuário na construção e/ou ampliação de seu território existencial.

Ressalta-se que esse produto técnico teve como proposta o desenvolvimento de prática itinerante, onde a abordagem na comunidade, no território de vida dos usuários, torna-se o principal ponto de articulação do cuidado ao sofrimento humano, demonstrando potencialidade para sensibilizar e provocar transformações nas práticas, além de produzir práticas inovadoras, transformadoras de sujeitos individuais e coletivos, qualificando o cuidado no sentido de um cuidado integral.

Inicialmente, tratou-se de uma proposta elaborada para uma realidade específica, mas que poderá ser pensada para outras realidades, visando contribuir para a qualificação e/ou transformação das práticas de saúde frente ao

sofrimento, no âmbito da ESF, como meio de expansão do acesso ao cuidado, com foco na construção de uma clínica ampliada, centrada nas pessoas, em sua vivência concreta, menos "encaminhante" e mais "caminhante" – no sentido de garantir a autonomia dos sujeitos envolvidos na relação capaz de produzir cuidado –, menos medicalizante, que contemple a saúde como qualificação da existência. Aproximar-se desse contexto no campo das práticas de saúde torna-se algo desafiador e pressupõe reconhecer as lacunas existentes em função de toda sua complexidade.

Desse modo, deve-se considerar essencial e indispensável lançar luz sobre a formação e atuação profissional de cada trabalhador que enfrenta dificuldades práticas em afastar-se do modelo hegemônico para territorializar suas ações e desenvolver uma clínica mais ampliada, com utilização das tecnologias leves, as quais geralmente são subestimadas na perspectiva reducionista hegemônica.

Assim, verifica-se a necessidade de ensaiarmos desfazer esses nós críticos na rede da APS que, em especial no contexto atual, precisa atender a diversas situações e exercer com veemência a coordenação do cuidado e a função consciente de integradora do sistema de saúde, demandando, para tal, propostas de qualificação da produção de cuidado ao sofrimento no âmbito dos territórios com vistas ao fortalecimento do SUS.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf. Acesso em: 15 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. *A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf. Acesso em: 8 maio 2020.

CAMPOS JUNIOR, A.; AMARANTE, P. D. C. Estudo sobre práticas de cuidados em saúde mental na atenção primária: o caso de um município no interior do estado do Rio de Janeiro. *Cadernos Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 425-435, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/j/cadsc/a/9jyCvb7PzTGW3c8sLwMRgfB/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 10 maio 2020.

LEMKE, R. A.; SILVA, R. A. N. da. Um estudo sobre a itinerância como estratégia de cuidado no contexto das políticas públicas de saúde no Brasil. *Physis*: revista de saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 979-1004, 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/j/physis/a/nhPfJYtdnhcjTsPDrFXDwCs/abstract/?lang=pt#. Acesso em: 10 jul. 2019.

SANTOS, E. C.; AZEVEDO, F. G. S. As práticas itinerantes de cuidado no contexto da saúde mental no Brasil. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, Salvador, v. 5, n. 1, p. 95-105, 2016. Disponível em: https://doi.org/10.17267/2317-3394rpds.v5i1.851. Acesso em: 10 jan. 2020.

TAVARES, R. Construindo Mapas Conceituais. *Ciências & Cognição*, São Leopoldo, v. 12, p. 72-85, 2007. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cc/v12/v12a08.pdf. Acesso em: 10 jun. 2020.

YASUI, S.; LUZIO, C. A.; AMARANTE, P. Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. *Revista Polis e Psique*, Porto Alegre, v. 8, n. 1, p. 173-190, 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpps/v8n1/v8n1a11.pdf. Acesso em: 20 jun. 2020.

Sobre os autores

Anna Carolina Alves Machado

Graduada em Enfermagem, mestre em Saúde Coletiva, enfermeira da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia.

Cristiane Medeiros Moraes de Carvalho

Graduada em Odontologia, mestre em Saúde Coletiva, sanitarista da Diretoria de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia.

Dândara Santos Silva

Graduada em Enfermagem, mestre em Saúde Coletiva, doutoranda em Biotecnologia e Medicina Investigativa, enfermeira da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Salvador, Bahia.

Denise Vasconcelos Fernandes

Graduada em Fisioterapia, mestranda em Saúde Coletiva, docente da Faculdade Ages, em Jacobina, Bahia.

Diego Rangel dos Anjos Prata

Graduado em Farmácia, mestre em Saúde Coletiva, apoiador institucional na Diretoria de Atenção Básica, da Secretária da Saúde do Estado da Bahia.

Fernanda Nassiff Neves Carneiro

Graduada em Enfermagem, mestre em Saúde Coletiva, enfermeira do município de Camaçari, Bahia.

Gilvânia Patrícia do Nascimento Paixão

Graduada em Enfermagem, mestre e doutora em Enfermagem, professora adjunta da Universidade do Estado da Bahia (UNEB) e docente do corpo permanente do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva (Mepisco) da UNEB.

Isabela Cardoso de Matos Pinto

Graduada em Serviço Social, mestre em Saúde Coletiva, doutora em Administração Pública, docente do corpo permanente do Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Jorge Lopes Cavalcante Neto

Graduado em Educação Física, mestre em Nutrição Humana, doutor em Fisioterapia, professor adjunto da Universidade do Estado da Bahia (UNEB), docente do corpo permanente do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva (Mepisco) e da Especialização em Atividade Física para pessoas com deficiência da UNEB.

Juliete Sales Martins

Graduada em Enfermagem, mestre e doutoranda em Saúde Coletiva, assessora técnica sanitarista da Policlínica Regional de Saúde do município de Vitória da Conquista, Bahia.

Leíza Nazareth Torres Lisboa

Graduada em Psicologia, mestre em Saúde Coletiva, psicóloga do Centro de Atenção Psicossocial III do município de Camaçari, Bahia.

Liliana Santos

Graduada em Psicologia, mestre em Psicologia, doutora em Saúde Pública, professora adjunta e pesquisadora do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Magno Conceição das Mercês

Graduado em Biologia e em Enfermagem, mestre em Saúde Coletiva, doutor em Ciências da Saúde, professor da Universidade do Estado da Bahia (UNEB), docente do corpo permanente do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais (PPGFCS) da Faculdade de Medicina da Bahia (Fameb) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva (Mepisco) da UNEB.

Márcio Costa de Souza

Graduado em Fisioterapia, mestre em Saúde Coletiva, doutor em Medicina e Saúde Humana, professor da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), docente do corpo permanente do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva (Mepisco) da Universidade do Estado da Bahia (UNEB).

Marcos Vinícius Ribeiro de Araújo

Graduado em Fonoaudiologia, mestre em Saúde Comunitária, doutor em Saúde Pública, professor adjunto do Departamento de Fonoaudiologia do Instituto Multidisciplinar de Reabilitação e Saúde da Universidade Federal da Bahia (UFBA), docente colaborador do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva (Mepisco) da Universidade do Estado da Bahia (UNEB).

Maria Aparecida Araújo Figueiredo

Graduada em Enfermagem, mestre em Saúde Pública, doutora em Saúde Pública, professora titular da Universidade do Estado da Bahia (UNEB) e docente do corpo permanente do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva (Mepisco) da UNEB.

Mariana Nascimento de Carvalho Borges

Graduada em Fonoaudiologia, mestranda em Saúde Coletiva no Mestrado Profissional em Saúde Coletiva (Mepisco) da Universidade do Estado da Bahia (UNEB), especialista em Preceptoria no SUS, pós-graduada em Fonoaudiologia Neonatal, fonoaudióloga da Fundação Estatal Saúde da Família (FESF).

Mineia Pereira da Hora

Graduada em Enfermagem, possui Residência em Terapia Intensiva, mestranda em Saúde Coletiva no Mestrado Profissional em Saúde Coletiva (Mepisco) da Universidade do Estado da Bahia (UNEB), enfermeira da Secretaria de Saúde da Bahia.

Mônica Conceição Pinto

Graduanda em Fonoaudiologia na Universidade do Estado da Bahia (UNEB), integrante do Grupo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva da UNEB.

Neemias Santana da Conceição Oliveira

Graduado em Farmácia, mestre em Saúde Coletiva, gerente de qualidade e assuntos regulatórios na Fundação Baiana de Fornecimento e Distribuição de Medicamentos.

Patrícia Sodré Araújo

Graduada em Farmácia, mestre em Saúde Comunitária, doutora em Saúde Pública, professora adjunta da Universidade do Estado da Bahia (UNEB), docente do corpo permanente do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva (Mepisco) da UNEB.

Paula Sousa Caldas

Graduada em Psicologia, mestre em Saúde Coletiva, possui Residência em Saúde com concentração em Saúde Mental.

Rafael Coelho Rodrigues

Graduado em Psicologia, mestrado, doutorado e pós-doutorado em Psicologia, professor adjunto do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), professor do curso de Psicologia, da Pós-graduação em Psicologia e preceptor do Internato em Saúde Mental do curso de Medicina da UFRB.

Rudval Souza da Silva

Graduado em Enfermagem, licenciado em História, mestre e doutor em Enfermagem, professor titular da Universidade do Estado da Bahia (UNEB), docente do corpo permanente do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva (Mepisco) da UNEB e professor permanente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (EEUFBA).

Sandra Assis Brasil

Graduada em Psicologia, mestre em Saúde Comunitária, doutora em Saúde Coletiva, professora da Universidade do Estado da Bahia (UNEB), docente do corpo permanente do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva (Mepisco) da UNEB e docente na União Metropolitana de Educação e Cultura (Unime).

Silvana Lima Vieira

Graduada em Enfermagem, mestre em Enfermagem, doutora com estágio doutoral no Instituto de Educação e Psicologia da Universidade de Lisboa (Portugal), professora adjunta da Universidade do Estado da Bahia (UNEB), docente do corpo permanente do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da UNEB (Mepisco) e do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Talita Luana dos Santos Silva

Graduada em Terapia Ocupacional, especialista em Saúde Mental, mestranda do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva (Mepisco), da Universidade do Estado da Bahia (UNEB).

Thadeu Borges Souza Santos

Graduado em Enfermagem, mestre em Enfermagem, doutor em Saúde Coletiva, professor adjunto da Universidade do Estado da Bahia (UNEB), docente do corpo permanente do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da UNEB (Mepisco) e do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Verônica Rita Pina Vieira

Graduada em Enfermagem, especialista em Saúde Pública, Saúde Coletiva, Gestão Estratégica de Pessoas e Educação Permanente em Saúde, mestranda do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva (Mepisco), da Universidade do Estado da Bahia (UNEB), enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde do município de Salvador, Bahia.

Vladimir Andrei Rodrigues Arce

Graduado em Fonoaudiologia, mestre em Saúde Coletiva, doutor em Saúde Pública, docente do corpo permanente do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva (Mepisco) da Universidade do Estado da Bahia (UNEB), professor permanente e vice-coordenador do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação (PPGREAB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Formato: 17 x 24 cm
Fontes: Calluna Sans, Conduit ITC
Miolo: Papel Off-Set 75 g/m2
Capa: Cartão Supremo 300 g/m2
Impressão: Gráfica 3
Tiragem: 300 exemplares